

Mise à jour

2023

Soins de support

**11^{ème}
édition**

Référentiels Auvergne Rhône-Alpes
en oncologie thoracique

Dr Bénédicte Etienne-Mastroïanni

Coordonnatrice

Dr Clara Fontaine-Delaruelle - Dr Valérie Paulus - Dr Thomas Pierret
Et le comité de rédaction de l'édition 2023

Une édition



Sous licence *Creative Commons* BY-NC-ND 4.0

SOMMAIRE

→ Ce sommaire est interactif : cliquez sur les titres pour accéder à la page. Cliquez sur « SOMMAIRE » en haut de page pour revenir au sommaire.

SOMMAIRE	2
GRUPE DE TRAVAIL SOINS DE SUPPORT ET NUTRITION	4
COMITE DE RÉDACTION	5
EXIGENCES DE QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SUPPORT	6
INTRODUCTION	7
PREVENTION DES NAUSEES ET VOMISSEMENTS.....	8
1. Généralités	8
2. Les anti-émétiques.....	10
3. Prévention et prise en charge des NVCI.....	12
4. Prise en charge des NVCI anticipées	14
5. Prise en charge des NVCI réfractaires	14
6. Prise en charge des nausées et vomissements induits par la radiothérapie	15
PROPHYLAXIE DES NEUTROPENIES.....	17
1. Généralités	17
2. Prophylaxie primaire par FCH.....	18
3. Prophylaxie secondaire (après un épisode de neutropénie à la cure précédente) par FCH.....	20
4. FCH en cours de radiothérapie	21
5. Antibioprophylaxie des neutropénies	21
6. Utilisation des FCH pour le traitement curatif des neutropénies	21
TRAITEMENT DE L'ANEMIE.....	22
1. Généralités	22
2. Transfusion sanguine	23
3. Le traitement martial et Les Agents Stimulant l'Erythropoïèse	23
THROMBOPENIE	27
1. Indication des transfusions prophylactiques de plaquette.....	28
2. Indication des transfusions thérapeutiques (saignement actif)	29
ALOPECIES ET ATTEINTE UNGUEALE.....	30
LESIONS CUTANEEES DES TRAITEMENTS CIBLANT L'EGFR	31
1. Prévention	31
2. Traitement.....	31
NEUROPATHIES PERIPHERIQUES LIEES AUX CHIMIOOTHERAPIES	33
FATIGUE.....	35
PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES PATIENTS EN ONCOLOGIE THORACIQUE	36
1. Introduction.....	36
1.1.Prévalence et physiopathologie de la dénutrition	36
1.2.Conséquences de la dénutrition	36
2. Définitions	36
3. Evaluation de l'état nutritionnel	37
4. Prise en charge nutritionnelle en contexte chirurgical	38
5. Prise en charge nutritionnelle en contexte de radiothérapie ou radio-chimiothérapie concomitante	39
6. Prise en charge nutritionnelle en oncologie médicale hors contexte palliatif terminal.	39
7. Prise en charge nutritionnelle en situation de soins de support exclusif	39
8. Les moyens de prise en charge.....	39
SYNDROME DE SÉCRÉTION INAPPROPRIÉE D'ADH : SIADH.....	42
1. Démarche diagnostique	42
2. Traitement.....	44
2.1 Objectif du traitement	44
2.2 Modalités et indications de traitement	44
2.3 Conduite à tenir en cas de correction trop rapide	46
VACCINS ANTI-INFECTIEUX ET CANCER BRONCHO-PULMONAIRE	47
1. Généralités	47

2. Vaccins inactivés	47
3. Vaccin anti-COVID	48
4. Vaccins vivants.....	49
5. Calendrier vaccinal avant traitement anti cancéreux.....	49
TOXICITE PULMONAIRE DES IMMUNOTHERAPIES.....	50
1. Evaluation (PID)	50
2. Prise en charge.....	50
DYSTHYROÏDIE SOUS IMMUNOTHERAPIES.....	53
1. Classification de la toxicité	53
2. Bilan pré-thérapeutique et surveillance	53
3. Prise en charge.....	54
BILAN PRE IMMUNOTHERAPIE.....	57
1. Clinique.....	57
2. Paraclinique.....	57
LES THERAPIES COMPLEMENTAIRES	58
1. Définitions	58
2. Quels types de thérapies ?	58
3. Comment informer et conseiller les patients et leur entourage ?	59
4. Quels sont les outils d'information disponibles pour les professionnels de santé ?.....	61
ANNEXE 1 – MODALITES DE LA NUTRITION PARENTERALE	62
REFERENCES.....	64
DECLARATION DES LIENS D'INTERETS.....	69
MENTIONS LEGALES & LICENCE.....	70

GROUPE DE TRAVAIL SOINS DE SUPPORT ET NUTRITION

Dr Bénédicte Etienne-Mastroianni (coord.)

Département de Soins de Support et Oncologie pulmonaire,
Centre Léon Bérard, Lyon.

Dr Clara Fontaine-Delaruelle

Service de Pneumologie Aiguë Spécialisée et Cancérologie Thoracique
CH Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon.

Dr Valérie Paulus-Jacquemet

Pneumo-oncologue
Hôpital Privé Pays de Savoie, Annemasse

Dr Thomas Pierret

Service de Pneumologie
CH Lyon Est, Hospices Civils de Lyon

Consultant Dermatologie :

Pr Benoit Bensaid

Service de dermatologie
Hôpital Edouard Herriot, Hospices Civils de Lyon.

Consultant Endocrinologie

Dr Christine Cugnet-Anceau

Service d'endocrinologie & réseau IMMUCARE
Centre Hospitalier Lyon-Sud, Hospices Civils de Lyon

Consultant Infectiologie

Dr Florent Valour

Service des maladies infectieuses et tropicales
Hôpital de la Croix Rousse, Hospices Civils de Lyon.

Consultante Nutrition

Dr Pamela Funck

Département de Soins de Support et Oncologie digestive
Centre Léon Bérard, Lyon.

COMITE DE RÉDACTION

Participants de la région AURA

Dr. ARBIB François	Grenoble
Dr. ARPIN Dominique	Villefranche/Saone
Dr. AVRILLON Virginie	Lyon
Dr. BAYLE BLEUEZ Sophie	St Etienne
Dr. BELLIERE Aurélie	Cl Ferrand
Dr. BERTON Elodie	Grenoble
Dr. BLANCHET LEGENS A-Sophie	Lyon
Dr BOMBARON Pierre	Lyon
Dr. BOULEDRAK Karima	Lyon
M. BOUSSAGEON Maxime	Lyon
Pr. BREVET Marie	Lyon
Mme BROSSARD Sylvie	Clermont Ferrand
Dr. BRUN Philippe	Valence
Mr CERVANTES Guillaume	Lyon
Dr. CHADEYRAS Jean-Baptiste	Cl- Ferrand
Dr. CHAPPUY Benjamin	Grenoble
Dr. CHUMBI-FLORES W-René	Lyon
Dr. CLERMIDY Hugo	Lyon
Pr. COURAUD Sebastien	Lyon
Dr. DARRASON Marie	Lyon
Mme DE MAGALHAES Elisabeth	Clermont
Dr. DECROISSETTE Chantal	Annecy
Mme DESAGE Anne Laure	St Etienne
Dr. DREVET Gabrielle	LYON
Dr. DUBRAY-LONGERAS Pascale	Cl- Ferrand
Dr. DUPONT Clarisse	Annecy
Dr. DURUISSEAU Michael	Lyon
Dr. EKER Elife Lyon	Lyon
Dr. FALCHERO Lionel	Villefranche
Dr. FONTAINE-DELARUELLE Clara	Lyon
Dr. FOREST Fabien	St Etienne
Pr. FOURNEL Pierre	St Etienne
Dr. FRAISSE Cléa	Dijon
Dr. FREY Gil	Grenoble
Dr. GAGNEPAIN Emilie	Grenoble
Dr. GALVAING Géraud	Clermont-Ferrand
Dr. GERINIERE Laurence	Lyon
Mme GREGNAC Cécile	Grenoble
Dr. GUIGARD Sébastien	Grenoble
Dr. HAMMOU Yassine	Lyon
Dr. HENRY Myriam	Grenoble
Dr HERREMAN Chloé	Chambéry
Dr. HOMINAL Stéphane	Annecy
Dr. HUET Clémence	Lyon
Dr. JANICOT Henri	Clermont-Ferrand
Dr. JOUAN Mathilde	Lyon
Dr. KIAKOUAMA Lize	Lyon
Dr. LAFITE Claire	Lyon
Dr. LANGE Martin	Lyon
Dr. LATTUCA TRUC Mickaël	Chambéry
Dr. LE BON Marielle	Lyon
Dr. LE BRETON Frédérique	Lyon
Dr. LOCATELLI SANCHEZ Myriam	Lyon

Dr. LUCENA e SILVA Ibrantina	Lyon
Dr. LUCHEZ Antoine	St Etienne
Dr. MARICHY Catherine	Vienne
Dr. MARTEL-LAFAY Isabelle	Lyon
Dr. MAS Patrick	Lyon
Dr. MASTROIANNI Bénédicte	Lyon
Dr. MERLE Patrick	Cl Ferrand
Pr. MORO-SIBILOT Denis	Grenoble
Mme NY Chansreyroth	Lyon
Dr. ODIER Luc	Villefranche
Dr. PATOIR Arnaud	St Etienne
Dr. PAULUS JACQUEMET Valérie	Annemasse
Dr. PELTON Oriane	Lyon
Dr. PEROL Maurice	Lyon
M.PETAT Arthur	Lyon
Dr. PIERRET Thomas	Lyon
Dr. RANCHON Florence	Lyon
Dr. ROMAND Philippe	Thonon
Dr. SAKHRI Linda	Grenoble
Dr. SINGIER Gaëtan	Lyon
Pr. SOUQUET Pierre-Jean	Lyon
Dr. SWALDUZ Aurélie	Lyon
Dr. TABUTIN Mayeul	Lyon
Dr. TAVIOT Bruno	Villeurbanne
Dr. TEMPLEMENT Dorine	Annecy
Dr. TEYSSANDIER Régis	Montluçon
Dr. THIBONNIER Lise	Cl Ferrand
Dr. TIFFET Olivier	St Etienne
Dr. TISSOT Claire	St Etienne
Dr. TOFFART Anne-Claire	Grenoble
Pr. TRONC François	Lyon
Dr. VALET Orion	Lyon
Dr. VEAUDOR Martin	Lyon
Dr. VILLA Julie	Grenoble
Dr. VUILLERMOZ-BLAS Sylvie	Lyon
Pr. WALTER Thomas	Lyon
Dr. WATKIN Emmanuel	Lyon

Participants invités des autres régions

Dr. AGOSSOU Moustapha	Fort de France
Dr. AUDIGIER VALETTE Clarisse	Toulon
Dr. BENZAQUEN Jonathan	Nice
Dr. BERNARDI Marie	Aix-en-Provence
Dr. FAVIER Laure	Dijon
Dr. HULO Pauline	Nantes
Dr. KEROUANI LAFAYE Ghania	Saint Denis
Dr. LARIVE Sébastien	Macon
Dr. LAVAUD Pernelle	PARIS
Dr. LELEU Olivier	Abbeville
Dr. LE PECHOUX Cécile	Villejuif
Dr. MARTIN Etienne	Dijon
Dr. NAKAD Assaad	Bar Le Duc
Dr. MUSSOT Sacha	Paris
Dr. PELONI Jean Michel	Aquitai

EXIGENCES DE QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SUPPORT

- Les modalités de prise en charge du patient font l'objet d'une discussion pluridisciplinaire, tenant compte de son âge, du PS, de ses comorbidités, du stade TNM, du type histologique, et des caractéristiques moléculaires. Les informations sont transmises dans les meilleurs délais au médecin traitant.
- Les différents aspects de la maladie et des traitements sont expliqués au patient et à ses proches.
- Des documents d'information sur les différents aspects de la maladie et des thérapeutiques sont disponibles et remis au patient.
- Les protocoles et schémas thérapeutiques sont écrits, disponibles, connus et régulièrement actualisés. Il existe des protocoles relatifs à la prise en charge des effets secondaires.
- Le patient doit pouvoir bénéficier d'une aide à l'arrêt du tabagisme.
- Le patient doit bénéficier d'une prise en charge de la douleur.
- Le patient peut bénéficier de soins palliatifs par une équipe et/ou une structure spécialisée, fixe ou mobile, ainsi que de soins de support.
- Le patient et ses proches peuvent bénéficier d'une prise en charge par un psychologue.
- Le patient et ses proches peuvent bénéficier d'une prise en charge par une assistante sociale.
- Une recherche d'exposition professionnelle, en vue d'une éventuelle déclaration et réparation, doit être systématique.
- En cas de constatation de plusieurs cas de cancers dans la famille du patient, une consultation d'oncogénétique sera proposée.
- Le patient a la possibilité de participer à des protocoles de recherche clinique, à tous les stades de sa pathologie

INTRODUCTION

En 2010, un essai randomisé américain a montré qu'une prise en charge précoce des symptômes chez les patients atteints de cancer bronchique était associée à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à une plus longue survie globale (11,6 mois vs 8,9 mois, $p=0,02$) (1). Ces données confirment donc, s'il en était nécessaire, que les soins oncologiques de support (SOS) sont une partie intégrante du traitement des CBNPC^A.

Ainsi, le patient doit se voir proposer des soins de support à tout moment de sa maladie : dès l'annonce de sa maladie, en cas de traitement curatif ou palliatif, ainsi qu'en phase de rémission ou de progression. Les SOS améliorent la qualité de vie des patients pendant leur traitement, permettent une relation thérapeutique de qualité et un maintien de l'intégration sociale et familiale. Nous détaillons dans ce référentiel les SOS spécifiquement adaptés aux toxicités rencontrées en oncologie thoracique. Avec le développement des thérapies ciblées puis de l'immunothérapie, nous implémentons dans ce document, avec les années la prise en charge de toxicités nouvelles auxquelles nous n'étions pas habitués.

Une étude rapporte une disparité importante entre les toxicités ressenties par les patients et celle rapportées par les médecins (2). Cette étude a ainsi comparé chez 1 090 patients les perceptions de 6 toxicités (anorexie, nausées, vomissements, constipation, diarrhée et perte de cheveux) rapportées, d'une part, par des patients et, d'autre part, par des investigateurs. Il s'agissait de patients traités dans le cadre de 3 essais cliniques dont 2 essais menés en première ligne dans le cancer bronchique métastatique. La sous déclaration par les médecins était de 80% pour l'anorexie, et de plus de 50% pour les nausées et vomissements. Cette étude démontre le décalage pouvant exister entre un symptôme ressenti et un symptôme perçu et suggère qu'il est encore plus que nécessaire de mieux interroger et écouter les patients sur ce sujet. Le développement croissant de programmes de *patient-reported outcomes*, dans le cadre ou non d'essais thérapeutiques, permet une meilleure approche de la qualité de vie des patients et donne de la rigueur au recueil de ces données pour appréhender au mieux les effets thérapeutiques (3).

Enfin, la 5^{ème} version de la classification des effets indésirables CTCAE de l'Institut du Cancer Américain a été publiée le 27 Novembre 2017 et devient la classification utilisée dans ce document^B.

^A Cancer Bronchique Non à Petite Cellule

^B U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES / National Institutes of Health / National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0. Published: November 27, 2017. Disponible sur https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm#ctc_50; Accès le 08/11/2019.

PREVENTION DES NAUSEES ET VOMISSEMENTS

1. Généralités

Les nausées et vomissements chimio-induits (NVCI) restent l'un des effets secondaires les plus redoutés par les patients malgré l'émergence de nouvelles classes thérapeutiques (4). Une étude italienne ayant interrogé 761 patients rapporte une altération importante à très importante de la qualité de vie pendant les chimiothérapies dans 45% des cas, 45,3% des patients rapportant des nausées/vomissements (5).

Les tableaux 1 et 2 reprennent la classification des nausées et des vomissements selon les critères de la classification des effets indésirables du NCI américain^C.

Les soignants ont tendance à surestimer l'incidence des NVCI mais à en sous-estimer l'impact sur la vie quotidienne. De plus, seul un tiers des patients rapporte une observance totale au traitement anti-émétique (6).

Grade 1	Perte d'appétit sans modification des habitudes alimentaires
Grade 2	Diminution des apports alimentaires sans perte de poids significative, de déshydratation ou de dénutrition.
Grade 3	Apport calorique et hydrique insuffisant : nécessité d'hospitalisation pour alimentation et/ou hydratation parentérale ou entérale.

Tableau 1 – Cotation des nausées selon la classification CTCAE v5.0

Grade 1	Pas d'intervention indiquée
Grade 2	Indication de rehydratation IV en ambulatoire, intervention médicale indiquée
Grade 3	Alimentation entérale par sonde naso-gastrique ou alimentation parentérale ou hospitalisation indiquée
Grade 4	Conséquences vitales
Grade 5	Décès

Tableau 2 – Cotation des vomissements selon la classification CTCAE v5.0

^C https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf

La meilleure prise en charge de cet effet indésirable reste sa prévention optimale.

On classe habituellement les NVCI en trois phases (7) :

- Les NVCI **anticipées** : avant l'administration de la chimiothérapie.
- Les NVCI de **la phase aiguë** : dans les 24h suivant l'administration de la chimiothérapie.
- Les NVCI de **la phase retardée (les plus fréquentes)** : après 24h et sans limite de fin.

Si les progrès thérapeutiques ont été importants ces dernières années et ont permis un meilleur contrôle des vomissements, les nausées restent difficiles à prendre en charge et doivent faire l'objet d'une attention spécifique. Certains facteurs de risque peuvent influencer la survenue de cet effet indésirable. Ils sont communément séparés en deux groupes (8) :

- Les facteurs liés au traitement : type, dose et mode d'administration du traitement de chimiothérapie (cf. ci-après) ;
- Les facteurs liés au patient :
 - Le sexe féminin,
 - L'âge inférieur à 55 ans,
 - Les antécédents personnels de NVCI, de vomissements gravidiques ou de mal des transports,
 - L'anxiété,
 - Les traitements émetisants concomitants.
- L'intoxication alcoolique chronique est, à l'inverse, un facteur protecteur.

Un score de prédiction du risque de nausées a été développé à partir des données individuelles de différents essais (75% femmes ; 8% de cancers bronchiques ; 1198 patients) (Tableau 3). L'objectif était de prédire le risque de survenue de nausées/vomissements de grade ≥ 2 entre J0 et J5. Ce score - de 0 à 32 - est particulièrement bien relié au risque de nausées/vomissement (9–11).

Facteur	Point
Age < 60 ans	+1
S'attend à avoir des nausées/vomissements	+1
A dormi <7h la nuit précédent la chimiothérapie	+1
ATCD de nausées/vomissement au cours de la grossesse	+1
Chimiothérapie à base de cisplatine ou anthracyclines	+2
Prise d'anti-émétique « de secours » au domicile au cours du cycle précédent	+3
ATCD de nausées/vomissement au cours du cycle précédent	+5
S'apprête à recevoir le second cycle	-5
S'apprête à recevoir le troisième cycle ou plus.	-6
Constante	+10
Score total	0-32
Prévalence des nausées/vomissement $\geq$ grade 2 selon le score :	
<12 : 13.6% - <20 : 43.7% - <28 : 72.8% - ≥ 28 : 87.9%	

Tableau 3 – Score de prédiction du risque de présenter des nausées/vomissements de grades ≥ 2

2. Les anti-émétiques

Ces dernières années, l'évolution a été marquée par le développement du NEPA (association en 1 seul comprimé oral de nétupitant et palonosetron) et l'importance croissante de l'olanzapine.

• Les antagonistes des récepteurs à la sérotonine de type 3 (anti-5-HT3) ou sétrons :

Trois substances actives sont commercialisées en France :

- Deux de première génération : Ondansétron et Granisétron.

- Le palonosétron : molécule de seconde génération, recommandée comme alternative préférentielle aux sétrons de 1^{ère} génération pour les chimiothérapies moyennement et hautement émétisantes (par voie intraveineuse, 30 minutes avant le début de la chimiothérapie émétisante et à la dose de 250 µg). Une alternative orale (0.5mg) semble équivalente (12).

Une forme de granisetron longue-durée par voie sous cutanée a montré son équivalence par rapport au palonosetron IV (13). En revanche, une méta-analyse étudiant le granisetron sous la forme sous-cutanée versus sa voie orale démontre une supériorité de la prise orale dans le contrôle des NVCI (14).

Effets secondaires les plus fréquents : céphalées, constipation et élévation transitoire des transaminases. Les sétrons sont déconseillés en association avec certains Inhibiteurs des Tyrosines Kinases en raison d'un risque d'allongement du QT (Voir tableau 6).

• Les corticoïdes :

Bien que leur efficacité soit démontrée depuis longtemps, leur mode d'action reste mal connu. La molécule la plus étudiée, dans la littérature, est la dexaméthasone. Toutefois, aucune preuve ne pourrait laisser penser que l'efficacité soit différente selon le type d'agent utilisé.

Une méta-analyse sur données individuelles (5 études, 1194 patients) a retrouvé une non-infériorité de la prise unique au jour 1 de dexaméthasone associée au palonosetron par rapport à la prise prolongée sur 3 jours des 2 molécules (15). De plus, il n'y a pas de preuve clinique justifiant le retrait de la corticothérapie lorsqu'une molécule d'immunothérapie est utilisée en combinaison à la chimiothérapie (16).

Le tableau 3 reprend, pour mémoire, les équivalences de doses des corticoïdes (17).

Molécule	Activité anti-inflammatoire	Eq. Dose
Hydrocortisone	1	20 mg
Prednisone	4	5 mg
Prednisolone		
Méthylprednisolone	5	4 mg
Dexa et bétaméthasone	25-30	0,75 mg

Tableau 4 – Equivalences d'effet et de dose des différents glucocorticoïdes

• Les antagonistes des récepteurs aux neurokinines de type 1 (Anti NK1) :

L'aprépitant (Emend®) par voie orale est la seule molécule de cette classe disponible en France. Associé aux autres anti-émétiques, il améliore significativement le contrôle des NVCI en phase aiguë et retardée notamment pour les chimiothérapies hautement émétisante (18).

Effets secondaires les plus fréquents : troubles digestifs (constipation, diarrhée, dyspepsie, éructations), asthénie, anorexie et hoquet.

L'aprépitant est un inhibiteur du cytochrome P450 3A4. Cet agent est à ce titre pourvoyeur de plusieurs interactions médicamenteuses. Parmi celles-ci on retiendra notamment (19) :

- Les interactions avec les **corticoïdes** :
 - La dose orale habituelle de dexaméthasone doit être réduite d'environ 50% en cas de co-administration avec l'aprépitant selon le schéma posologique de 125 mg/80 mg.
 - La dose habituelle de méthylprednisolone administrée par voie intraveineuse doit être réduite d'environ 25 %, et la dose orale habituelle de méthylprednisolone d'environ 50 % en cas de co-administration avec l'aprépitant selon le schéma posologique de 125 mg/80 mg.
 - Les interactions avec la **warfarine**: risque de diminution de l'INR.
 - Les interactions avec les **contraceptifs à base d'éthinylestradiol et de noréthindrone** : diminution de leur efficacité.
- **Formes combinées (Anti-NK1 + 5HT3)**
 Le NEPA (association fixe orale de nétupitant 300 mg et palonosetron 0.5 mg), s'administre 1 heure avant la chimiothérapie par cisplatine au J1 uniquement. L'efficacité de cette molécule combinée à la dexaméthasone est non-inférieure au triplet habituel (aprépitant + granisetron + dexaméthasone) (20,21). L'association est commercialisée en France sous le nom d'AKYNZEO® et remboursée dans l'indication suivante : « traitement de 1^{ère} intention en prévention des nausées et vomissements aigus et retardés associés aux chimiothérapies anticancéreuses hautement émétisantes à base de cisplatine ». Un avis défavorable à son remboursement pour les prescriptions dans les chimiothérapies moyennement émétisantes a été émis en décembre 2020 par la commission de transparence de l'HAS (SMR insuffisant). Ce médicament est néanmoins proposé par l'ASCO dans ses dernières recommandations de 2017 et par la MASCC/ESMO en 2016, en prévention des NVCI pour les chimiothérapies moyennement émétisantes contenant du carboplatine.
 Par ailleurs, une étude coût-efficacité comparant l'aprépitant + granisetron versus le NEPA est en faveur du NEPA (22).
- **Les antagonistes des récepteurs à la dopamine 2 (Anti D2) :**
 Il s'agit de la classe médicamenteuse la plus anciennement utilisée mais également celle avec l'index thérapeutique le plus faible.
 Les molécules disponibles sont le métoclopramide, la metopimazine et l'alizapride.
 La domperidone a été inscrite sur la liste des médicaments sous surveillance renforcée de l'ANSM en 2014 en raison de l'observation d'effets indésirables graves cardiaques (dont allongement de l'intervalle QT et mort subite)^D. L'AFSOS recommande de ne pas utiliser la Dompéridone.
 De même, l'EMA (*European Medicine Agency*) a émis une recommandation à propos du métoclopramide en raison de ses effets neurologiques^E. Chez l'adulte, l'EMA recommande de ne pas dépasser la dose de 30 mg/j (3x10 mg) per os pendant 5j. Toutefois, les auteurs des recommandations MASCC/ESMO suggèrent, malgré cela, une utilisation possible jusque à des doses plus élevées pendant 2 à 3 jours.
- **L'olanzapine (Zyprexa®)**
 C'est un antipsychotique qui dispose d'un effet inhibiteur sur plusieurs récepteurs de neurotransmetteurs. Elle peut être utilisée dans la prévention et le traitement des NVCI aiguës et retardées. Après 4 études de phases III publiées de puissance insuffisante (23), une nouvelle étude de phase III (contre placebo) parue en 2016 montre, en association avec un traitement anti-nauséeux conventionnel, une réduction significative de

^D Site de l'ANSM. De nouvelles recommandations pour minimiser les risques cardiaques des médicaments contenant de la domperidone - Point d'Information. 01/09/2014. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/De-nouvelles-recommandations-pour-minimiser-les-risques-cardiaques-des-medicaments-contenant-de-la-domperidone-Point-d-Information>

^E http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/referrals/Metoclopramide-containing_medicines/human_referral_000349.jsp&mid=WC0b01ac05805c516f

la fréquence des NVCI chez des patients recevant des chimiothérapies hautement émétisantes tant en phase aigue (74% vs. 45%, $P=0.002$) que retardée ($<3j$: 42% vs. 25%, $P=0.002$) (24). La posologie de 5 mg/jour a une efficacité similaire à celle utilisée initialement (10 mg par jour) avec moins de somnolence (18,19). Le surcoût est par ailleurs modeste. Une revue systématique et méta-analyse publiée en 2019 (ESMO Open) regroupant 11 études randomisées soit 1107 patients recevant une chimiothérapie hautement à moyennement émétisante (dont 561 dans le groupe olanzapine), démontre que l'ajout de l'olanzapine à 5 ou 10 mg versus sétron plus dexaméthasone seuls diminue les NVCI notamment les grades III et IV ; la posologie de 5 mg est moins pourvoyeuse de somnolence et l'efficacité des 2 posologies sur la diminution des NVCI aigus et retardés est comparable (25). Dans les dernières recommandations de l'ASCO, l'olanzapine est associée systématiquement de J1 à J4 dans la prévention des NVCI en cas de chimiothérapie hautement émétisante (26). Dans les recommandations MASCC/ESMO, qui n'ont pas été actualisées depuis 2016, ainsi que dans celles de l'AFSOS actualisées en 2017^F, l'olanzapine reste une option (27).

- **Les autres anti-émétiques :**

- Le niveau d'efficacité des cannabinoïdes (marijuana à usage médical) ne permet pas de les recommander dans le traitement préventif des nausées/vomissements. Leur intérêt est néanmoins croissant (10,28). On rappelle qu'ils ne sont pas autorisés en France dans cette indication.
- Le Lorazepam est un adjuvant utile mais ne doit pas être utilisé seul.

- **Règles hygiéno-diététiques (cf. référentiel AFSOS^G) :**

- Favoriser l'hydratation
- Fractionner l'alimentation : 6 à 8 petits repas/collations /jour
- Privilégier des petits repas froids, éviter les aliments gras/frits/épicés
- Manger lentement
- Boissons selon les goûts du patient entre les repas (eau, infusion, jus de pomme, coca), si besoin avec une tasse fermée et une paille (limitation des odeurs)
- Maintenir une position assise 30 minutes après les repas (à défaut, en décubitus latéral droit)

- **Médecines complémentaires :**

- Il n'y a pas d'évidence en faveur ou défaveur des traitements dits complémentaires.
- L'acupuncture, en complément d'une prophylaxie médicamenteuse bien conduite, pourrait être efficace sur les nausées aiguës sur la base de quelques essais randomisés de petites tailles (29). D'autres essais de plus grande ampleur sont en cours (30–32).

3. Prévention et prise en charge des NVCI

La prévention et le traitement des NVCI sont repris dans les tableaux 5 (chimiothérapies cytotoxiques & immunothérapie) et 6 (thérapies ciblées orales), adaptés des recommandations 2016 du MASCC/ESMO (27,33) et 2017 de l'ASCO (26,34,35).

Les différents types de chimiothérapies utilisées dans le traitement des CBNPC sont classés en quatre catégories en fonction de leur risque émétogène : hautement, moyennement, faiblement et minimal (36). Pour chacun de ces risques, un protocole de prévention et de traitement précis est recommandé. Dans les protocoles utilisant plusieurs drogues, il est nécessaire de tenir compte du niveau de la drogue la plus émétisante.

Il faut aussi adapter d'emblée le protocole en fonction des facteurs de risque éventuels du patient ; c'est la notion de « **prophylaxie surclassée** » si besoin dès la 1^{ère} cure.

^F AFSOS, Prise En Charge Des Nausées-Vomissements Chimio-Induits, MAJ 15/12/2017, disponible sur <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/nausees-vomissements-chimio-induits>, accédé le 08/11/2019

Degré (fréquence)	Molécules	NPCI aiguës		NPCI retardées	
		J1	J2	J3	J4
Hautement émétisantes (>90%)	Cisplatine Cyclophosphamide ≥ 1500 mg/m ²	Aprépitant 125 Sétron ¹ Corticoïde ² (Olanzapine ⁴)	Aprépitant 80 Corticoïde ³ (Olanzapine ⁴)	Aprépitant 80 Corticoïde ³ (Olanzapine ⁴)	Corticoïde ³ (Olanzapine ⁴)
	Cisplatine	Nétupitant + palonosetron (NEPA) Corticoïde ²	Corticoïde ³	Corticoïde ³	Corticoïde ³
	Cyclophosphamide + Anthracycline	Aprépitant 125 Sétron ¹ Corticoïde ² (Olanzapine ⁴)	Aprépitant 80 (Olanzapine ⁴)	Aprépitant 80 (Olanzapine ⁴)	(Olanzapine ⁴)
Moyennement émétisantes (30-90%)	Carboplatine (AUC≥4)	Aprépitant 125 Sétron ¹ Corticoïde ⁴	Aprépitant 80	Aprépitant 80	
	Cyclophosphamide < 1500 mg/m ²				
	Carboplatine AUC<4 Doxorubicine Irinotecan Vinorelbine orale	Sétron ¹ Corticoïde ⁵	(Corticoïde ^{6#})	(Corticoïde ^{6#})	
Faiblement émétisante (10-30%)	Atezolizumab Cetuximab Docetaxel	Corticoïde ^{7*} OU			
	Etoposide IV et po Gemcitabine Ipilimumab (Nab-)Paclitaxel	Sétron ¹ (OU Metoclopramide ⁸)			
	Pemetrexed Topotecan				
Minimale (<10%)	Bevacizumab Bleomycine Nivolumab	Aucune en l'absence d'ATCD de NPCI			
	Pembrolizumab Vincristine Vinorelbine IV				

Tableau 5 – Recommandations concernant le traitement et la prévention des NPCI en fonction du type de chimiothérapie ou immunothérapie administrée (hors thérapies ciblées orales).

- Ondansetron 8mg (0.15mg/kg) IV une fois ou 16mg per os en deux fois ; Granisetron 1mg (0.01mg/kg) IV ou 2mg (option : 1mg) per os en une fois ; Palonosetron 0.25mg IV ou 0.5mg per os une fois.
- 12 mg de dexaméthasone une fois (soit 80mg de Predniso(lo)ne) en cas d'administration concomitante d'aprépitant ; 20 mg une fois (130mg de Predniso(lo)ne) sinon.
- 8mg de dexaméthasone une fois (soit 50mg de Predniso(lo)ne) en cas d'utilisation associée à l'aprépitant ; 8mg de dexaméthasone **deux fois par jour** (soit 50mg x 2/j de de Predniso(lo)ne) sinon.
- 5mg/j - Recommandation ASCO - Option MASCC/ESMO et AFSOS
- 8mg de dexaméthasone une fois (soit 50mg de Predniso(lo)ne)
- 8mg de dexaméthasone une fois (soit 50mg de Predniso(lo)ne) bien que 4mg (25mg EP) soit une option.
- 4 à 8mg de dexaméthasone une fois (25 à 50mg de Predniso(lo)ne).
- Recommandation MASCC/ESMO - Non figuré dans les recommandations ASCO
- # Recommandé en cas de chimiothérapie à risque de NPCI retardées; en option sinon (MASCC/ESMO et ASCO).
- * Option non privilégiée en cas d'immunothérapie

Recommandation

Le choix de la prévention des NVCI repose sur le type de molécules utilisées pour la chimiothérapie et associe les Anti NK1 et/ou les Anti 5HT3 et/ou les corticoïdes et/ou l'olanzapine (hors AMM) et/ou les Anti D2.

Degré (fréquence)	Molécules	Prévention des NVCI
Moyennement émétisantes (30-90%)	Brigatinib [#]	AntiD2 systématiquement associés sur l'ordonnance ; à prendre en cas de besoin.
	Dabrafenib [#] + Trametinib	
	Ceritinib [*]	
	Crizotinib [*]	
	Lorlatinib [*]	
Faiblement émétisante (10-30%)	Afatinib	AntiD2 systématiquement associés sur l'ordonnance ; à prendre en cas de besoin.
	Alectinib	
	Dabrafenib [#]	
	Trametinib	
	Osimertinib [*]	
Minimale (< 10%)	Gefitinib	
	Erlotinib	

^{*}Les sétrons sont déconseillés en association (allongement du QT).

[#]L'association aux sétrons peut réduire les concentrations plasmatiques du principe actif.

Tableau 6 – Recommandations concernant le traitement et la prévention des NVCI pour les thérapies ciblées orales (d'après (33)).

4. Prise en charge des NVCI anticipées

Les benzodiazépines ont montré un intérêt pour la prévention et le traitement des NVCI anticipées. Toutefois, les traitements comportementaux, et la prévention des NVCI aiguës ou retardées sont également essentiels dans cette indication.

5. Prise en charge des NVCI réfractaires

La définition des NVCI réfractaires n'est pas consensuelle, tout comme leur prise en charge (**Tableau 7**).

Avant de parler de NVCI réfractaires, il est recommandé de s'assurer que la prophylaxie adaptée au risque de chimiothérapie a bien été prescrite et observée.

L'ASCO et l'ESMO/MASCC considèrent l'olanzapine comme l'option thérapeutique de choix pour les patients qui n'en ont pas reçu en prophylaxie. L'olanzapine peut donc être proposée comme un traitement de secours, d'autant plus que sa bonne tolérance et sa simplicité d'administration (1 cp par jour) facilitent la compliance. Une forme lyophilisée a été développée afin d'améliorer la prise (23).

Modalité	Molécule	Nom commercial	Posologie
Introduction d'une nouvelle molécule (Option préférée MASCC/ESMO-ASCO)	Olanzapine	Zyprexa®	5 mg/j durant 5 jours (Option : 10mg)
	Métopimazine	Vogalène® Lyoc / Gé	Dose max 15-30 mg / j
	Alizapride	Plitican® IV/IM Plitican® po*	2 à 20mg/kg/j IV/IM 100-200mg/j po*
	Sétron	-	Nouvelle molécule 12h après la première
	Halopéridol	Haldol®	0,5 à 2 mg po ou IV/4-6h
	Lorazepam Alprazolam		
Intensification du traitement	Métoclopramide	Primpéran®	20 mg x 3 /j
	Aprépitant	Emend®	Nouvelle cure : 80 mg deux à trois jours supplémentaires
	Sétron		Nouvelle injection 12h après la précédente

*Non remboursé

Tableau 7 – Propositions de prise en charge des NVCI réfractaires.

- Le renouvellement de l'injection de corticoïdes est inutile, de même qu'une augmentation des doses de l'aprépitant (non recommandé).
- Dans tous les cas, la survenue de NVCI réfractaires devra faire réévaluer le traitement de chimiothérapie pour les cures ultérieures.

Recommandation

L'olanzapine à 5mg/jour pendant 5 jours est recommandée pour le traitement des NVCI réfractaires lorsqu'elle n'a pas été utilisée en prophylaxie (hors AMM).

6. Prise en charge des nausées et vomissements induits par la radiothérapie

Bien qu'il s'agisse d'un effet secondaire fréquent, il n'existe que peu de données sur les nausées et vomissements liés à la radiothérapie. Les facteurs affectant la fréquence et la sévérité des symptômes sont divisés en deux catégories :

- Les facteurs liés au patient : âge, sexe, état général, chimiothérapie récente ou concomitante, état psychologique et stade tumoral.
- Les facteurs liés à la radiothérapie : organe / région irradiée, dose par fraction et dose totale, volume irradié et technique d'irradiation.

Le tableau 8 reprend les recommandations des experts MASCC/ESMO 2016 et celles de l'ASCO, adaptées à l'oncologie thoracique. En cas de chimiothérapie concomitante, il faut tenir compte du risque lié à la chimiothérapie, même s'il est plus faible que celui lié à la radiothérapie. Le palonosétron n'a pas l'AMM dans cette indication et il n'existe aucune donnée sur le dosage optimal dans cette indication. Il n'est donc pas recommandé de l'utiliser.

Risque	Type d'irradiation	Traitement anti-émétique	
		Prophylactique	Curatif
Modéré (60-90%)	Haut de l'abdomen	Prévention par Sétron avant chaque fraction. (+/- Corticoïdes (4 mg équivalent Dexaméthasone) avant chacune des 5 premières fractions en OPTION).	
	Cranio-spinal		
Faible (30-60%)	Crâne	(Corticoïdes)	Corticoïdes*
	ORL	(Corticoïdes ou sétrons ou Anti-D2)	Corticoïdes ou sétron ou Anti-D2*
	Thorax		
Minimale (< 10%)	Pelvis	-	Corticoïde ou sétron ou Anti-D2
	Extrémités		
	Seins		

*Le traitement curatif est l'option préférée dans les recommandations ASCO

Tableau 8 – Prévention et traitement des nausées et vomissements liés à la radiothérapie

PROPHYLAXIE DES NEUTROPENIES

1. Généralités

La prophylaxie des neutropénies repose sur les facteurs de croissance hématopoïétiques (FCH). Pour la prophylaxie de la neutropénie fébrile, on peut se poser la question d’y associer une antibioprophylaxie.

Grade 1	
Grade 2	
Grade 3	Polynucléaires neutrophiles < 1000/mm ³ associés à une prise de température unique > 38,3°C ou une température se maintenant ≥ 38°C pendant plus d’une heure.
Grade 4	Conséquences vitales ; nécessité de mesures de réanimation.
Grade 5	Décès.

Tableau 9 – Cotation des neutropénies fébriles selon la classification CTCAE v5.0

Les FCH sont utilisés dans les situations de prophylaxie ou de traitement des neutropénies fébriles (37,38). La prise en charge des neutropénies fébriles n’est pas abordée dans ce document. En oncologie thoracique, les FCH n’ont pas de place dans d’autres indications, **notamment dans le traitement des neutropénies non fébriles** (39). Les résultats thérapeutiques des FCH sont controversés. S’il est prouvé que leur utilisation diminue la fréquence, l’intensité et la durée des neutropénies et des neutropénies fébriles, ils n’ont pas apporté de preuve sur la réduction de la mortalité globale ou de la mortalité par infection, possiblement en raison de la relative rareté de ces complications graves en cancérologie pulmonaire.

En France, les FCH existent sous la forme du *Granulocyte Colony-Stimulating Factor* (G-CSF) et sous sa forme pegylée. Plus récemment sont apparus les formes biosimilaires (cf. **Tableau 10**).

En oncologie thoracique, les deux formes peuvent toutefois trouver leur place dans des situations différentes, en lien avec le type de protocole utilisé (avec ou sans J8, durée de l’intercure notamment). Il n’est en effet pas recommandé d’utiliser les FCH de manière concomitante à l’administration des produits de chimiothérapie. L’administration de FCH n’a jamais été validée lors de schémas de chimiothérapie hebdomadaires ou entre les J1 et J8 pour les protocoles en deux injections. De ce fait, il est recommandé de proposer des adaptations de la posologie des cytotoxiques. L’utilisation de FCH doit être l’exception dans ce contexte.

Les effets secondaires les plus fréquents des FCH sont :

- Les douleurs au point d’injection et les réactions d’hypersensibilité,
- Les douleurs osseuses qui sont fréquentes (10-30%). Il convient de prévenir le patient et de suggérer la prise d’antalgiques standards de pallier 1. L’âge inférieur à 45 ans et des antécédents de douleurs osseuses sont des facteurs de risque de survenue de telles douleurs (40).
- Le risque de survenue d’une leucémie aiguë myéloïde ou d’un syndrome myélodysplasique exceptionnel (41), et de très rares cas de rupture de rate ont été signalés.

Les recommandations d’utilisation des FCH ont été actualisées en 2015 par l’ASCO (39), en 2016 par l’ESMO/MASCC (42), et en 2017 par le NCCN (43).

L’efficacité des différents FCH est considérée comme équivalente et le choix dépend de la situation clinique (type de chimiothérapie) et de leur disponibilité respective (39).

DCI	Nom Commercial	Posologie	Forme	Remarque
Lénograstim rHu G-CSF	GRANOCYTE®	150 µg/m ² /j SC 24h après la fin de la chimiothérapie et jusqu'à restauration du compte cellulaire (sans dépasser 28j)	A reconstituer	Produit par la technique de l'ADN recombinant dans des cellules d'ovaire de hamster chinois (CHO)
Filgrastim Facteur methionylé rHu G-CSF (44)	ACCOFIL®* BIOGRASTIM®* NEUPOGEN® NIVESTIM®* RATIOGASTRIM®* TEVAGRASTIM®* ZARZIO®* TEVAGRASTIM®*	5 µg/kg/ j SC entre J+1 et J+3-4 après la fin de la chimiothérapie et jusqu'à la période du post-nadir		Produit par la technique de l'ADN recombinant sur <i>Escherichia coli</i>
Pegfilgrastim	NEULASTA® PELGRAZ®* PELMEG®* ZIEXTENZO®* NYVEPRIA®* FULPHILA LONQUEX	1 injection de 6mg SC / cycle de chimiothérapie 24h-72h après la fin de la chimiothérapie	Seringues préremplies	Produit sur des cellules d' <i>Escherichia coli</i> par la technique de l'ADN recombinant suivie d'une conjugaison au polyéthylèneglycol (PEG)
(Lipegfilgrastim) [§]				

rHu : recombinant humain - * indique un produit biosimilaire - § Non commercialisé en France

Tableau 10 – Différents FCH disponibles en France.

2. Prophylaxie primaire par FCH

L'indication des FCH est basée sur l'estimation du risque de neutropénie fébrile exprimée en pourcentage.

Si le risque est supérieur à 20%, et s'il n'existe pas d'autre alternative de chimiothérapie aussi efficace mais moins risquée, l'administration prophylactique est recommandée (39,45). A l'inverse, si le risque est inférieur à 10%, les G-CSF ne sont pas recommandés.

Dans les protocoles pour lesquels le risque est compris entre 10 et 20%, la prescription est pondérée par la présence de facteurs de risque de neutropénie fébrile. Pour plus de simplicité, l'EORTC propose un arbre décisionnel pratique (cf. **Figure 1** et **Tableau 11**) repris par les recommandations MASCC/ESMO (42). Il faut également prendre en compte l'existence d'une situation infectieuse à risque (chirurgie récente, infection patente...) ainsi que les ATCD personnels de chimio et/ou radiothérapie (qui sont particulièrement à risque de neutropénie) et qui pourront bénéficier d'une prophylaxie primaire par FCH. Une étude est en cours dans cette situation à risque intermédiaire pour tenter d'identifier plus clairement les facteurs prédictifs dans la vie réelle (46).

Il est intéressant de noter que le risque de neutropénie fébrile survient avant tout à la première cure (42,47), ce qui plaide pour l'utilisation des FCH en prophylaxie primaire (lorsque le risque de neutropénie le justifie), dès la première cure, notamment pour les cancers bronchiques à petites cellules (dans lesquels le risque d'envahissement médullaire est plus important).

Recommandations

Les FCH sont recommandés en prophylaxie primaire en cas de risque de neutropénie fébrile supérieur à 20% et s'il n'existe pas d'autre alternative de chimiothérapie aussi efficace mais moins risquée. Ils ne sont pas recommandés en dessous d'un risque de 10%. Dans les situations intermédiaires, il est recommandé de tenir compte des risques individuels liés au patient, à la maladie et à son traitement.

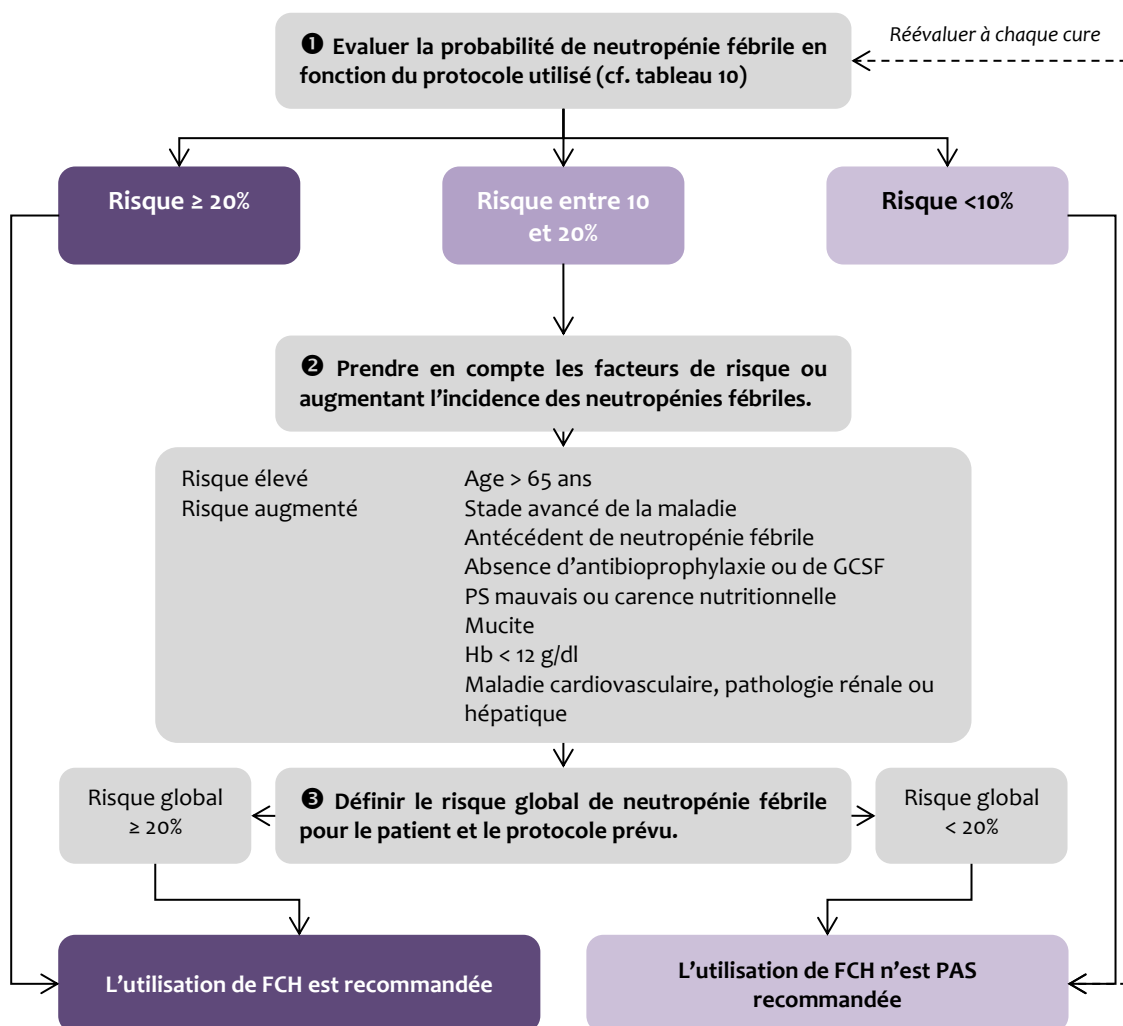


Figure 1 – Arbre décisionnel pour l'utilisation de FCH en prévention des neutropénies fébriles induites par la chimiothérapie, d'après les recommandations de l'EORTC, du MASCC/ESMO, et du NCCN (37,42,43).

Catégorie de risque	Protocole
> 20%	Topotecan IV
	Carboplatine-Docetaxel
	Cisplatine – Etoposide
10-20%	Carboplatine-Etoposide
	CAV
	Cisplatine-Paclitaxel
	Cisplatine-docetaxel
	Cisplatine – Vinorelbine
< 10%	Docetaxel
	Carboplatine-paclitaxel (Bevacizumab)
	Cisplatine-gemcitabine
	Pemetrexed
	Cisplatine-pemetrexed

Tableau 11 – Risque de neutropénie fébrile en fonction du protocole de chimiothérapie utilisé en oncologie thoracique (37,48–51).

3. Prophylaxie secondaire (après un épisode de neutropénie à la cure précédente) par FCH

La prophylaxie secondaire (après une première neutropénie fébrile) est possible, mais n’a jamais démontré son intérêt par rapport à une diminution des doses de CT dans le domaine de la cancérologie pulmonaire. Dans les situations palliatives, cette dernière solution doit donc être préférée.

Les recommandations ASCO et MASCC/ESMO recommandent une prophylaxie secondaire par FCH dans les cas où une réduction de dose de chimiothérapie pourrait compromettre la survie, tout en rappelant que dans de nombreuses situations, la réduction de dose ou l’espacement des cures sont des alternatives raisonnables.

Dans ses recommandations, l’ESMO retient les arguments suivants comme étant des situations dans lesquelles il est possible de proposer une prophylaxie secondaire :

- Le risque d’infection à la prochaine cure peut engager le pronostic vital,
- Le niveau de réduction de dose pour éviter une récurrence de neutropénie fébrile est trop important,
- Le risque de différer la prochaine cure est trop important,
- Le manque d’adhésion au protocole de traitement risque de compromettre les chances de guérison ou la survie.

En cas de neutropénie fébrile ou de limitation de dose lié au taux de polynucléaires neutrophiles malgré l’utilisation de FCH au cycle précédent, il faut alors considérer une réduction de dose ou un changement de protocole.

Recommandation

Dans les situations palliatives, le recours aux FCH en prophylaxie secondaire ne doit pas être systématique et il est préférable de considérer une diminution des doses de chimiothérapie.

4. FCH en cours de radiothérapie

- L'ASCO recommande d'éviter l'utilisation des FCH au cours d'une chimio-radiothérapie concomitante, particulièrement lorsqu'elle concerne le médiastin.
- En l'absence de chimiothérapie, les FCH peuvent être utilisés au cours de la radiothérapie seule si cette dernière risque d'induire une prolongation de la neutropénie (39).
- Dans les CPC, l'utilisation est à considérer avec précaution durant une chimio-radiothérapie concomitante (52).

5. Antibiotrophylaxie des neutropénies

L'ASCO ne recommande pas d'antibiotrophylaxie systématique (53). L'actualisation de la revue Cochrane comparant l'efficacité d'une prophylaxie par FCH ou d'une antibiotrophylaxie en 2015, ne permet toujours pas de conclure en un intérêt de l'antibiotrophylaxie (54).

Chez les patients particulièrement à risque pour la pneumocystose (corticothérapie de plus de 20 mg d'équivalent prednisone par jour pendant plus de 1 mois par exemple) une prophylaxie par Triméthoprime-Sulfaméthoxazole est recommandée (53).

Recommandation

L'antibiotrophylaxie des neutropénies n'est pas recommandée au cours des chimiothérapies utilisées en oncologie thoracique.

Une antibiotrophylaxie orale de la pneumocystose est recommandée chez les patients à risque :

- Sulfaméthoxazole 800mg + triméthoprime 160mg (BACTRIM FORTE) : de 1cp par jour à 1 cp trois fois par semaine.
- Sulfaméthoxazole 400mg + triméthoprime 80mg (BACTRIM ADULTE) : de 2 cp par jour à 2 cp trois fois par semaine.

6. Utilisation des FCH pour le traitement curatif des neutropénies

Les FCH ne sont pas recommandés dans le traitement curatif des neutropénie non fébriles (39).

Les FCH peuvent être considérés dans les situations à haut-risque infectieux et/ou en cas de facteurs de mauvais pronostic :

- Neutropénie attendue comme prolongée (>10 jours)
- Neutropénie profonde ($<0.1 \times 10^9$ PNN/L) ;
- Age > 65ans ;
- Maladie néoplasique non contrôlée ;
- Pneumopathie ;
- Sepsis sévère, choc septique ;
- Infection fongique invasive ;
- Hospitalisation lors de la survenue de la neutropénie fébrile ;
- ATCD de neutropénie fébrile.

TRAITEMENT DE L'ANEMIE

1. Généralités

Nous vous renvoyons au référentiel AFSOS « Anémie et cancer » qui a été réactualisé en 2021^G.

L'anémie est un événement fréquent au cours des chimiothérapies anti cancéreuses, particulièrement en cancérologie pulmonaire (près de 75 % des patients sous CT). Les causes en sont multiples :

- Causes périphériques : hémorragie, hémolyse, carence nutritionnelle, insuffisance rénale
- Insuffisance médullaire
- Effets toxiques directs des traitements anticancéreux (chimiothérapie, radiothérapie)
- Inflammation responsable d'une diminution de la survie des hématies et de l'utilisation du fer (55)

L'incidence de l'anémie augmente avec le nombre de cycles de chimiothérapie. L'anémie est la cause réversible la plus importante d'asthénie liée au cancer (56). Par ailleurs, elle est associée à une mauvaise qualité de vie et il s'agit d'un facteur pronostic péjoratif (57).

Grade 1	10 g/dL < Hb < Normale
Grade 2	8 g/dL < Hb < 10 g/dL
Grade 3	Hb < 8 g/dL ; indication de transfusion
Grade 4	Conséquences vitales ; mesures médicales urgentes indiquées
Grade 5	Décès

Tableau 12 – Cotation de l'anémie chimio-induite selon la classification CTCAE v5.0

Le diagnostic positif repose sur la mesure du taux d'hémoglobine (< 12 g/dL chez la femme et à 13 g/dL chez l'homme). Il est ensuite recommandé de réaliser un bilan à la recherche d'autres causes d'anémie.

La ferritine sérique et le coefficient de saturation de la transferrine sont les marqueurs à doser pour faire le diagnostic d'une carence en fer.

Le traitement des anémies chimio-induites repose sur les transfusions sanguines et les agents stimulant l'érythropoïèse (ASE).

^G Disponible sur : <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/anemie-et-cancer/>

2. Transfusion sanguine

Le seuil transfusionnel (taux seuil d'hémoglobine en deçà duquel il est recommandé de proposer une transfusion sanguine au patient) est variable en fonction des facteurs de fragilité du patient, de la chronicité de l'anémie, ainsi que des symptômes liés à l'anémie et à leur tolérance. La commission d'évaluation du collège français d'hématologie a fixé le seuil critique à 8 g/dL. Ce seuil doit être plus élevé chez les patients à risque et notamment, les personnes âgées de plus de 65 ans, les patients coronariens ou présentant une maladie cardio-pulmonaire. Inversement, ce seuil peut être abaissé à 7 g/dL chez les patients sans comorbidités cardiovasculaires (58).

Recommandation

Le seuil transfusionnel est fixé à <8g/dl. Il peut être plus élevé chez des patients présentant des facteurs de risque notamment cardio-vasculaire ; ou abaissé à 7g/dl chez certains patients sans facteurs de risque et asymptomatiques.

Toute anémie symptomatique doit faire l'objet d'une transfusion.

3. Le traitement martial et Les Agents Stimulant l'Erythropoïèse

L'utilisation de ces molécules en cancérologie fait l'objet de recommandations de l'ESMO actualisées en 2018 (59) et de l'ASCO/ASH (60) ainsi que d'une actualisation par l'AFSOS. Les différents produits commercialisés en France sont présentés dans le Tableau 13

DCI	Nom Commercial	Dose initiale	Augmentation de dose si pas d'augmentation de l'Hb (1 g/dL à 4 sem)
Epoétine alfa	EPREX®	450 UI/kg x1/sem.	Non recommandé
	BINOCRIT®*		
Epoétine bêta	NEORECORMON®	30000 UI /sem (450 UI/kg x1/sem)	Non recommandé
Epoétine thêta	EPORATIO®** ^H	20000 UI x1/sem	40000 UI x1/sem
Epoétine zêta	RETACRIT®*	450 UI/kg 1 fois/sem	Non recommandé
Darbepoétine alfa	ARANESP®	2,25 µg/kg x1/sem ou 500 µg (6,75 µg/kg) x1/3 sem	Non recommandé

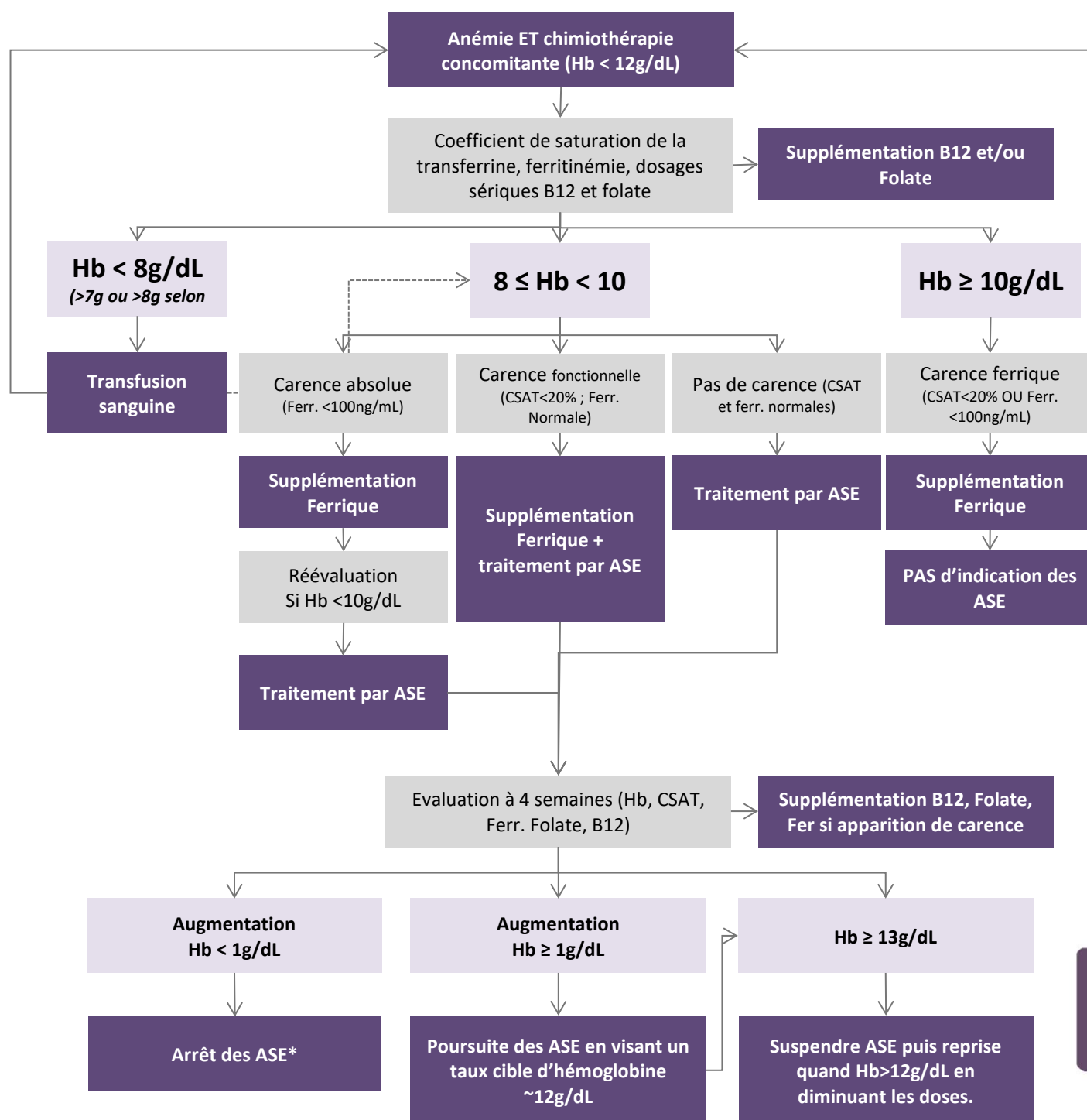
Tableau 13 – Différents ASE disponibles en France et posologies recommandées

*Les * indiquent un produit biosimilaire*

^H Site de l'EMA, Résumé des Caractéristiques du Produit, http://www.ema.europa.eu/docs/fr_FR/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001033/WC500043300.pdf

L'intérêt des ASE est de réduire les besoins transfusionnels et leurs complications en augmentant le taux d'hémoglobine. En oncologie thoracique, les ASE ont montré qu'ils amélioraient le taux d'hémoglobine de 1,63 g/dL [IC95% 1,46-1,80] en moyenne et réduisaient le risque de transfusion de 42% (RR = 0,58; [IC95%] 0,53 – 0,64). Les ASE améliorent également la qualité de vie notamment grâce au contrôle des symptômes liés à la fatigue et à l'anémie (61). Il ne semble pas que les ASE augmentent le risque de progression tumorale. Les ASE sont responsables d'une augmentation du risque thrombotique (RR = 1,51; IC95%, 1,30-1,74) ce qui a conduit à encadrer de manière stricte leur utilisation. (62).

- Il est recommandé de n'instaurer les ASE **qu'après avoir recherché et corrigé une cause alternative d'anémie** et particulièrement un déficit en fer, en folate et/ou en vitamine B12.
- Les ASE ne doivent être utilisés que pour le traitement des anémies induites au cours d'une chimiothérapie (donc hors immunothérapie, thérapie ciblée ou hormonothérapie).
- Les ASE ne sont pas recommandés pendant la radiothérapie seule mais peuvent être prescrite au cours de la radio-chimiothérapie.
- Il est recommandé **d'associer une supplémentation martiale par voie intraveineuse en cas de carence martiale absolue ou fonctionnelle** (63). (64–66). La surveillance de l'efficacité de cette supplémentation peut être réalisée avec des dosages réguliers de la ferritine et du Coefficient de Saturation de la Transferrine (CSAT). Si le taux de ferritine est supérieur à 100 ng/L (1000µg/L), il est conseillé de suspendre le traitement ferrique jusqu'à une valeur de ferritinémie <100 ng/L. Les ASE doivent être **initiés pour des taux d'hémoglobine au-dessous de 10 g/dl (recommandation EORTC 11 g/dl) (67,68)**.
- Le **taux cible d'hémoglobine est d'environ 12 g/dl**. L'augmentation au-delà de 13 g/dl doit être évitée.
- Les antécédents personnels de thrombo-embolie, l'état clinique du patient, une chirurgie récente, sont des facteurs à prendre en compte pour évaluer le risque de complications thrombo-emboliques sous ASE.
- Le traitement doit être débuté aux doses figurant dans les résumés des caractéristiques des produits. Le taux d'hémoglobine, le bilan martial (CSAT et Ferritinémie) et le dosage sérique des vitamines B12 et Folate doivent être surveillés toutes les 3-4 semaines.
- En cas de réponse, le traitement par ASE doit être poursuivi jusqu'à 4 semaines après l'arrêt de la chimiothérapie.



*Sauf epoïetine théta

Ferr. Ferritinémie – CSAT: Coefficient de Saturation de la Transferrine

Figure 2 – Proposition d'arbre décisionnel pour la prescription et le suivi des ASE (Adapté de (59)).

Recommandations

- Il est recommandé de rechercher et traiter une cause alternative d'anémie.
- Les ASE ne doivent être utilisées que pour la correction d'une anémie liée à une chimiothérapie.
- Il est recommandé d'associer une supplémentation martiale intraveineuse en cas de carence ferrique vraie ou fonctionnelle. - Les ASE doivent être initiées pour des taux d'hémoglobine en dessous de 10 g/dl.
- Le taux cible d'hémoglobine est d'environ 12 g/dl. L'augmentation au-delà de 13 g/dl doit être évitée.
- Il est recommandé de contrôler l'hémoglobine, le bilan martial, et les dosages des folates/B12 toutes les 3-4 semaines et d'adapter les traitements en fonction de ces dosages.

THROMBOPENIE

Nous vous renvoyons au **référentiel AFSOS « Thrombopénie et cancer »** qui a été réactualisé en avril 2022¹. La thrombopénie dont le score CTCAE est rappelé dans le tableau 15, peut être induite par de nombreuses molécules de chimiothérapie (**Tableau 17**). Cette thrombopénie peut être responsable d'hémorragie, individuellement évaluable dans la classification CTCAE ou bien par le score OMS du tableau 16. Le délai avant cette myélo-suppression est souvent long (plusieurs semaines), correspondant au délai nécessaire pour détruire la population des mégacaryocytes (69).

Bilan minimal et étiologique (AFSOS 2022)

- Numération plaquettaire (NP) au sein d'une numération formule sanguine (NFS) afin d'explorer l'ensemble des lignées sanguines ; Idéalement NP prélèvement sur tube EDTA et contrôle sur Citrate si besoin
- Vérification par un examen du frottis sanguin qui confirme la rareté en plaquettes et l'absence d'agrégats plaquettaires.

A discuter pour chaque patient :

- Ionogramme, fonction rénale et hépatique
- CRP, PCT et bilan infectieux (bactériologie et virologie)
- Bilan d'hémostase : troubles de la coagulation associé
- Bilan vitaminique à la recherche de carence (vitamine C notamment).
- Myélogramme à la recherche d'une origine centrale
- Bilan d'hémolyse : LDH, bilirubine, réticulocytes, haptoglobine et schizocytes

Il s'agit le plus souvent d'une **thrombopénie centrale**. Dans ce cas précis, elle pose rarement de problème diagnostique car il s'agit d'un effet secondaire attendu.

Le romiplostim (protéine de fusion analogue de la thrombopoïétine, se fixant sur les récepteurs rTPO) et l'eltrombopag olamine (facteur de croissance plaquettaire oral) sont disponibles en France mais n'ont pas d'AMM en oncologie solide.

En 2018, l'ASCO a actualisé ses recommandations sur ce sujet (70).

Grade 1	75 000/mm ³ ≤ Plaquettes < 100 000/mm ³
Grade 2	50 000/mm ³ ≤ Plaquettes < 75 000/mm ³
Grade 3	25 000/mm ³ ≤ Plaquettes < 50 000/mm ³
Grade 4	Plaquettes < 25 000/mm ³
Grade 5	-

Tableau 15 – Scores OMS - Evaluation de la sévérité de la thrombopénie.

¹ Disponible sur : <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/thrombopenie-et-cancer/>

Grade 0	Pas de saignement
Grade 1	Saignement pétéchiial
Grade 2	Perte de sang légère (cliniquement significatif)
Grade 3	Perte de sang importante, nécessité de transfusion (sévère)
Grade 4	Perte de sang invalidante, hémorragie rétinienne ou cérébrale, décès

Tableau 16 – Scores OMS - Evaluation de la sévérité des saignements

1. Indication des transfusions prophylactiques de plaquette

Chez un patient stable sur le plan hémodynamique (situation prophylactique), sans saignement actif, il est recommandé de prescrire une transfusion de plaquette aux seuils suivants (70–72) :

- **Thrombopénie < 10 000/mm³** en cas de thrombopénie chronique secondaire à une chimiothérapie, y compris pour les patients porteurs d'une tumeur solide en cours de chimiothérapie.
- **Thrombopénie < 20 000/mm³** pour les patients présentant au moins l'un des critères suivants :
 - Fièvre > 38,5°C
 - Tableau septique
 - Leucocytose > 75 000/mm³
 - Aspergillose invasive
 - Traitement par l'amphotéricine B
 - Troubles connus de la coagulation
 - Antécédent de saignement mineur ou majeur récent
 - Chute rapide du taux de plaquettes dans les dernières 72 heures
- Thrombopénie < 20 000/mm³ pour certains actes peu invasifs tels que : myélogramme, mise en place d'un cathéter veineux central, et biopsies.
- **Thrombopénie < 40-50 000/mm³** si une procédure invasive ou une ponction lombaire est envisagée (autre que neurochirurgicale).
- **Thrombopénie < 100 000/mm³** si une intervention neurochirurgicale est envisagée

Molécule	Risque de thrombopénie	Proposition d'adaptation de la posologie du cytotoxique incriminé
Carboplatine	< 50 000/mm ³ chez 25% des patients	Ne pas administrer si < 100 000/mm ³ à la date théorique d'administration
Cisplatine	Rare	Il paraît souhaitable de différer l'administration si < 100 000/mm ³ à la date théorique d'administration
Docétaxel	< 25 000/mm ³ chez 0,2% des patients	85% de la dose si < 25 000/mm ³ au nadir (Résumé des Caractéristiques du Produit)
Gemcitabine	Non négligeable	75% de la dose si entre 50 000 et 100 000/mm ³ lors du nadir Arrêt si < 25 000/mm ³ lors du nadir (Résumé des Caractéristiques du Produit)
Paclitaxel	11% de thrombopénie < 50 000/mm ³ chez 3% des patients	Ne pas administrer si < 100 000/mm ³ à la date théorique d'administration
Pemetrexed	8,3% de thrombopénie < 50 000/mm ³ chez 1,9% des patients	Ne pas administrer si < 100 000/mm ³ à la date théorique d'administration

Topotecan	Très fréquent	Ne pas administrer si $< 100\ 000/\text{mm}^3$ à la date théorique d'administration
Etoposide	Rare	Il paraît souhaitable de différer l'administration si $< 100\ 000/\text{mm}^3$ à la date théorique d'administration

Tableau 17 – Risque de thrombopénie et proposition d'adaptation posologique

2. Indication des transfusions thérapeutiques (saignement actif)

- **Thrombopénie $< 100\ 000/\text{mm}^3$** si :
 - Saignement $\geq$ grade 2 de l'OMS (au minimum)
 - Epistaxis > 1 h, hématurie macroscopique, hématomène
- **Thrombopénie $< 50\ 000/\text{mm}^3$** associée à une coagulation intravasculaire disséminée ou à un saignement important.

ALOPECIES ET ATTEINTE UNGUEALE

Nous vous renvoyons au **référentiel AFSOS « Alopecie et cancer »** qui a été réactualisé en 2022¹.

Le Tableau 18 liste les différents agents cytotoxiques habituellement alopeciants utilisés en oncologie thoracique(73).

Type d'alopecie	Agent
Habituelle	Adriamycine
	Etoposide
	Topotécan
	Docétaxel
	Paclitaxel
	Ifosfamide
	Vinorébine

Tableau 18 – Les différents agents habituellement alopeciants utilisés en oncologie thoracique

- Bien que n'ayant pas directement démontré la preuve de leur efficacité, **certaines conseils** peuvent s'avérer utiles (74) pour ménager les cheveux :
 - Se laver les cheveux la veille de la séance puis ne plus les laver pendant 3 à 8 jours.
 - Ne pas se laver les cheveux trop fréquemment.
 - Utiliser peu de shampoing ; utiliser un shampoing doux ; éviter les shampoings pour bébé qui graissent les cheveux.
 - Utiliser une brosse douce.
 - Eviter la chaleur du séchoir, des bigoudis chauffant, des fers et ne pas faire de brushing ; éviter teinture, balayage et permanentes ; éviter les nattages et défrisage.
 - En cas de chimiothérapie alopeciante ou potentiellement toxique pour les phanères en général, il est conseillé d'adresser les patients une socio-esthéticienne et/ou une socio-coiffeuse (présentes dans de nombreux centres).
- Le **casque réfrigérant** n'a jamais été testé de manière comparative avec les protocoles de chimiothérapies d'oncologie thoracique. Il peut être proposé en cas de chimiothérapie à base d'anthracyclines ou de taxanes (69,70).
- Le **Minoxidil en topique local** pourrait être une option dans la prévention de l'alopecie et/ou pour favoriser la repousse capillaire. Cette indication est toutefois hors AMM (75).
- En cas d'alopecie, plusieurs **accessoires** existent : couvres chefs : foulard, chapeau, prothèses capillaires (remboursées par l'assurance maladie sur prescription médicale), maquillage, tatouage temporaire...

Concernant l'atteinte unguéale, les produits incriminés sont le docétaxel (très fréquent) et beaucoup plus rarement, le paclitaxel.

- Le vernis à ongle (au silicium) s'avère parfois efficace pour préserver les ongles.
- Des gants réfrigérés lors de la perfusion du produit de chimiothérapie à risque peuvent être utilisés pour prévenir l'alopecie, mais leur efficacité n'a pas été prouvée.

¹ Disponible à : <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/alopecie-et-cancer/>

LESIONS CUTANÉES DES TRAITEMENTS CIBLANT L'EGFR

Parmi ces effets, le plus fréquent est une éruption papulo-pustuleuse folliculaire (acnéiforme, cf. **Tableau 19**). Cet effet secondaire est le plus fréquent et le plus précoce. Il apparaît au niveau du visage et du haut du tronc, dans les 2 semaines (8-10 jours en moyenne) suivant l'introduction du traitement (70% des cas). L'éruption atteint un plateau à 10 semaines avant de décroître progressivement. La durée médiane de cet effet est de 17 semaines avec un pic d'intensité et de fréquence entre 3 et 5 semaines suivant l'initiation (76). Cet effet est dose-dépendant, peut affecter la qualité de vie (77), et peut mener à la réduction de la posologie ou à l'interruption du traitement.

La prise en charge de cet effet secondaire ne fait pas l'objet d'un consensus. La MASCC a établi une recommandation de prévention et de traitement (78).

Grade 1	Papules ou pustules couvrant moins de 10% de la surface corporelle , avec ou sans symptôme à type de prurit ou hypersensibilité.
Grade 2	Papules ou pustules couvrant 10 à 30% de la surface corporelle , avec ou sans symptôme à type de prurit ou hypersensibilité; et/ou associé à un impact psychosocial ; et/ou gênant les activités instrumentales de la vie courante ; et/ou papules ou pustules plus de 30% de la surface corporelle avec ou sans symptômes légers.
Grade 3	Papules ou pustules couvrant plus de 30% de la surface corporelle avec symptômes modérés à sévère ; et/ou limitant la capacité à prendre soin de soi ; et/ou nécessitant des antibiotiques par voie IV.
Grade 4	Conséquences vitales
Grade 5	Décès

Tableau 19 – Cotation de l'éruption papulopustuleuse selon la classification CTCAE v5.0

1. Prévention

- Information du patient.
- Toilette à l'eau claire ou avec pain sur-gras dermatologique sans savon.
- Photo-protection : éviction ou crème solaire indice 50+.
- Crème émolliente 2 fois par jour.
- L'utilisation préventive de doxycycline par voie orale à 100 mg/j permet de réduire la fréquence et l'intensité de la folliculite (79).
- Consultation médicale dans le mois suivant l'introduction de la thérapie ciblée pour en évaluer la toxicité.
- Analyse soigneuse des **interactions médicamenteuses, y compris des traitements complémentaires**.

2. Traitement

- Grade 1 : un **traitement local** est habituellement suffisant. Utiliser des antiseptiques à base de Cuivre-Zinc pour la toilette. Les antibiotiques locaux (érythromycine, métronidazole, clindamycine) et les crèmes à base de Cuivre-Zinc semblent soulager le patient. En cas de demande, pour camoufler les lésions, il faudra

conseiller du maquillage non comédogène. À noter que, dans certains cas, les dermocorticoïdes peuvent être efficaces.

- Un **traitement systémique** est nécessaire lorsque les lésions sont étendues, profuses ou mal tolérées par le patient. Les cyclines (Doxycyclines 100 mg à 200 mg/j) sont à prescrire en première intention. Un traitement de 4 à 8 semaines est souvent suffisant. Chez certains patients, une dose d'entretien à 50-100 mg/j peut être poursuivie.
- **Diminuer les doses d'anti-EGFR** peut être nécessaire en cas de réaction cutanée très importante ou très mal tolérée par le patient (grade 3). On sait maintenant qu'en cas d'éruption très intense, il est préférable d'arrêter transitoirement le traitement puis de reprendre à dose atténuée. Lors de la réintroduction, la récurrence de la folliculite n'est pas obligatoire et si elle réapparaît, elle est souvent moins sévère.
- Prise en charge psychologique.

D'autres effets cutanés liés aux anti-EGFR sont fréquents :

- La sécheresse cutanée peut être traitée par des soins locaux émollients. Elle apparaît plus tardivement, après 1 à 3 mois de traitement. En cas d'atteinte fissuraire, des pommades à base d'urée peuvent soulager les patients (Xérial 10).
- Les paronychies (inflammation péri-unguéale) touchant plus souvent les orteils que les doigts des mains, apparaissent après au moins 1 mois de traitement. Elles sont de traitement difficile associant soins locaux non traumatiques (nitrate d'argent, dermocorticoïdes sous surveillance étroite car favorisent les surinfections, azote liquide) et antibiothérapie locale ou générale. Des mesures préventives peuvent être conseillées (évitement des frottements, des traumatismes, port de chaussures larges).
- Les anomalies des phanères (alopécie en bandeau, cheveux devenant cassants et difficiles à coiffer, hypertrichose du visage réversible à l'arrêt du traitement, allongement des cils) apparaissent généralement plus tardivement, après 2 à 3 mois d'utilisation et peuvent avoir un impact psycho-social.

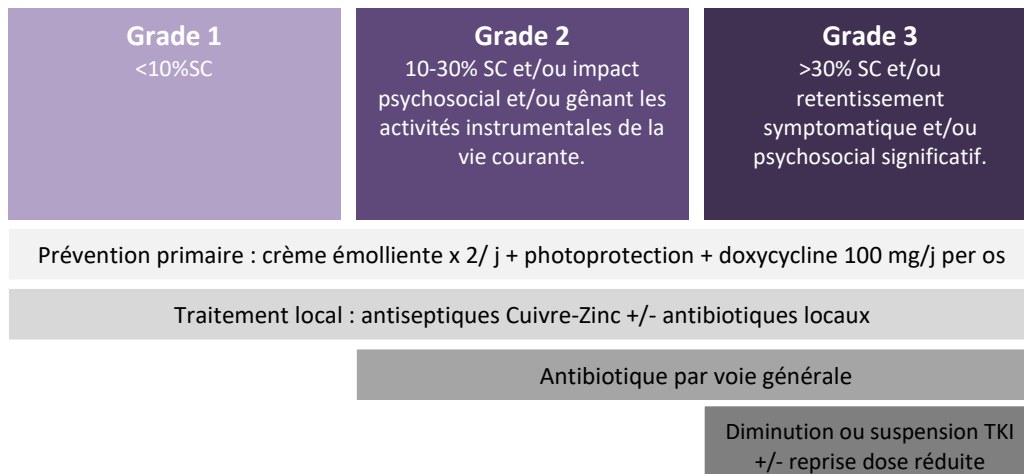


Figure 3- Schéma d'aide à la décision pour la prise en charge d'une éruption sous TKI.

NEUROPATHIES PERIPHERIQUES LIEES AUX CHIMIOETHERAPIES

Grade 1	Asymptomatique.
Grade 2	Symptômes modérés limitant les activités instrumentales de la vie courante.
Grade 3	Symptômes sévères affectant la capacité du patient à prendre soin de soi.
Grade 4	Conséquences vitales, intervention urgente nécessaire.

Tableau 20 – Cotation des neuropathies sensitives périphériques selon la classification CTCAE v5.0

Le DN4 est un questionnaire recommandé par la HAS et l'Afsos permettant de diagnostiquer les douleurs neuropathiques et d'en évaluer la gravité (80) (cf. **Figure 4**). Le Tableau 21 reprend les principales caractéristiques cliniques en fonction des molécules utilisées (81).

Aucun traitement n'a démontré d'efficacité pour prévenir les neuropathies induites par les chimiothérapies (82,83). Notamment, les essais randomisés dans les cancers du sein n'ont démontré aucun bénéfice des traitements suivants dans la prise en charge des neuropathies induites par la chimiothérapie : L-Carnitine (84), glutathion IV (85).

La **Duloxétine** (CYMBALTA®, 30 mg per os/j pendant 1 semaine puis 30 mg x 2/j pendant 4 semaines) a été testée dans les neuropathies douloureuses liées aux taxanes ou à l'oxaliplatine (n=231). Elle a montré une efficacité significative mais modeste sur l'intensité de la douleur ainsi que sur la qualité de vie. Les effets secondaires de la duloxétine étaient modestes (16% de grade 2 et 7% de grade 3 : fatigue, insomnie, nausées) (86–88).

Son efficacité semble supérieure à celle de la venlafaxine (89). La duloxétine reste le seul traitement recommandé par l'ASCO dans le traitement des neuropathies chimio-induites (83).

La pratique de l'exercice physique (marche) permettrait de réduire les symptômes des neuropathies périphériques comme les sensations de chaud/froid, les picotements et engourdissements, sans que cela ne fasse l'objet d'une recommandation officielle (90).

La place de la capsaïcine est encore en évaluation.

Substance	Signes sensitifs	Douleur	Signes moteurs	Signes végétatifs	Réflexes	Récupération à l'arrêt
Cisplatine Carboplatine	Paresthésie Pallesthésie (vibrations) diminuée Proprioception diminuée Effet sur la sensibilité au chaud/froid inconnu	Dysesthésie	Normaux	Rares (orthostatisme)	Diminués	Récupération possible mais une progression des symptômes – l'arrêt est possible (rebond)
Paclitaxel Docétaxel	Paresthésies Pallesthésie diminuée Proprioception diminuée Sensibilité mécanique et au chaud/froid diminuée	Dysesthésie Brûlures et sensation de chaleur	Rares (proximale > distal)	Rares (orthostatisme)	Diminués	Pas de récupération en générale voire aggravation possible
Vinorelbine	Proprioception diminuée Sensibilité mécanique et au chaud/froid diminuée	Dysesthésie Brûlures et picotement	Déficit (faiblesse) distal	Dys-régulation orthostatique, constipation, impuissance	Diminués	Récupération habituelle à la fin du traitement

Tableau 21 – Tableau clinique des principales substances utilisées en oncologie thoracique et induisant des neuropathies périphériques

La réponse à chacun des items est cotée 1 si la réponse est OUI et 0 si la réponse est NON. Le score maximum est de 10. Le diagnostic de douleur neuropathique est posé à partir d'un score de 4/10.

Interrogatoire du patient

Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

1. Brûlure
2. Sensation de froid douloureux
3. Décharges électriques

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

4. Fourmillements
5. Picotements
6. Engourdissement
7. Démangeaisons

Examen du patient

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

8. Hypoesthésie du tact
9. Hypoesthésie à la piqure

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par

10. Le frottement

Figure 4 – Questionnaire DN4 pour le diagnostic des douleurs neuropathiques

Recommandation

La Duloxétine est une option pour le traitement des neuropathies sensitives douloureuses induites par les taxanes (hors AMM). Son efficacité doit être soigneusement évaluée.

FATIGUE

Nous vous renvoyons au **référentiel AFSOS « Fatigue et cancer »** qui a été réactualisé en décembre 2020^K.

Les auteurs insistent sur le fait que la fatigue, rapportée par près de deux patients sur trois, est le symptôme le plus fréquent au cours et après les traitements du cancer. Les connaissances sur la fatigue et les effets des diverses prises en charge sont de plus en plus nombreuses, diffusées et vulgarisées. Mais il existe toujours un défaut d'évaluation avec un sous diagnostic et une sous-estimation de la fatigue au regard de l'importance de ce symptôme pour les patients.

Ce référentiel Afsos est une ressource pour les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire, en proposant des éléments facilitant la reconnaissance, l'évaluation puis la prise en charge par diverses interventions vis à vis de ce symptôme commun et impactant fortement la qualité de vie des patients.

Le référentiel Afsos « activité physique et cancer » a été réactualisé en décembre 2018^L

(www.afsos.org/fiche-referentiel/activite-physique-et-cancer). L'activité physique adaptée (APA) fait désormais l'objet de recommandations HAS pour les cancers du sein, du colon-rectum et de la prostate (<https://www.has-sante.fr/>).

L'APA (en l'absence de contre-indication) a démontré son efficacité sur la réduction de la fatigue mais essentiellement chez des femmes atteintes de cancers du sein à un stade curable. Chez des patients atteints de cancer et dont l'espérance de vie était inférieure à 2 ans, la force musculaire était significativement améliorée dans le groupe ayant recours à l'exercice physique (91). Des études ultérieures ont montré des résultats similaires (85,86). Plusieurs études, de faisabilité puis contrôlées randomisées ont aussi indiqué une amélioration de la tolérance à l'exercice, un maintien ou une amélioration de certains domaines de la qualité de vie, un maintien du volume expiratoire forcé et de la force musculaire (87,88,89). Il est apparu qu'une tolérance à l'effort plus importante (+50 mètres au test de marche de 6 minutes) était associée avec une réduction du risque de mortalité (-13%) chez des patients atteints d'un cancer bronchique non à petite cellules métastatique (95). Enfin, les programmes d'APA sont faisables chez les patients atteints de cancer métastatique et apportent une amélioration des symptômes dus au cancer ainsi que de la qualité de vie (96). Une seule étude (avec un faible effectif) a été conduite auprès de patients traités par thérapies ciblées pour un cancer du poumon métastatique et a démontré qu'une telle activité était faisable avec un impact positif sur la qualité de vie (97). Une étude présentée récemment à l'ASCO a étudié la faisabilité et l'acceptabilité de l'utilisation d'une *Apple Watch*® et d'un *Iphone*® pour mesurer l'activité physique. Le nombre de pas quotidiens était très significativement associé à la fatigue, aux fonctions physiques, à l'état général global, à l'impact social et aux troubles du sommeil^M.

^K <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/cancer-et-fatigue/>

^L <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/activite-physique-et-cancer/>

^M Thompson C-A et al. Patient-reported outcomes, emoji, and activity measured on the Apple Watch in cancer patients. ASCO 2018 #6501, disponible à <https://meetinglibrary.asco.org/record/158434/abstract> (consulté le 02/01/2019).

PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES PATIENTS EN ONCOLOGIE THORACIQUE

1. Introduction

1.1. Prévalence et physiopathologie de la dénutrition

La prévalence de la dénutrition en oncologie médicale tous organes confondus, un jour donné est de 39% et celle-ci atteint 51% des patients ayant un cancer bronchopumonaire(98).

Il existe différents mécanismes responsables de la dénutrition:

- Carence d'apports : liée à la tumeur (dysphagie, occlusion), aux traitements (anorexie, troubles goût, mucite, vomissements, diarrhée), à l'environnement (isolement social) ou à un handicap du patient (dentition), etc...
- Augmentation des besoins (hypermétabolisme) : Inflammation, infection, contexte post-opératoire.
- Réduction de la stimulation de l'activité anabolique : baisse de l'activité physique.

1.2. Conséquences de la dénutrition

Une perte de poids supérieure à 10 % en chirurgie et à 5 % en oncologie médicale augmente le risque de survenue de complications postopératoires, de toxicités de la chimiothérapie et de la radiothérapie, diminue la survie et altère la qualité de vie (99).

Particulièrement chez les patients atteints de cancer bronchique, la dénutrition entraîne une diminution de la qualité de vie (100) et le report des cures de chimiothérapie (101).

Une prise en charge nutritionnelle est à discuter de manière systématique. Les objectifs de cette prise en charge sont :

- Prévenir et traiter la dénutrition.
- Optimiser et réduire les effets secondaires des traitements anti-tumoraux.
- Prévenir les complications post opératoires.
- Améliorer la qualité de vie.
- Privilégier la voie entérale autant que possible, ne réserver la voie parentérale que si le tube digestif n'est pas fonctionnel.

2. Définitions

-Dénutrition : apports ou stocks énergétiques ou protéiques insuffisants pour répondre aux besoins métaboliques de l'organisme conduisant à des effets délétères sur les tissus avec des changements mesurables des fonctions corporelles et/ou de la composition corporelle, associés à une aggravation du pronostic des maladies (différent de maigreur constitutionnelle ou amaigrissement volontaire).

-Sarcopénie : perte de force et de masse musculaire.

-Cachexie : perte de muscle squelettique avec ou sans perte de masse grasse secondaire à un hypercatabolisme en contexte inflammatoire.

-Activité physique : Tout mouvement corporel qui produit une augmentation marquée de la dépense énergétique par rapport à la dépense de repos.

Phénotypique	Étiologique
Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois OU $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.	Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, OU toute réduction des apports ≥ 2 semaines par rapport
IMC $< 18,5 \text{ kg/m}^2$	Absorption réduite (malabsorption/maldigestion)
réduction quantifiée de la masse et/ou de la fonction musculaires	Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aigue, chronique, maligne évolutive
Dénutrition : 1 critère phénotypique + 1 étiologique Dénutrition sévère au moins un critère parmi : IMC $\leq 17 \text{ kg/m}^2$ et/ou perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie et/ou albunémie $\leq 30\text{g/L}$.	

Tableau 24 – Définition de la dénutrition chez l'adulte de MOINS de 70 ans (HAS, 2019)

Phénotypique (1 critère suffit)	Étiologique (1 critère suffit)
Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois OU $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.	Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, OU toute réduction des apports ≥ 2 semaines par rapport
IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$	Absorption réduite (malabsorption/maldigestion)
Réduction quantifiée de la masse et de la fonction musculaire	Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aigue, chronique, maligne évolutive
MNA global < 17 *Dénutrition : 1 critère phénotypique + 1 étiologique Dénutrition sévère au moins un critère parmi : IMC $< 20 \text{ kg/m}^2$ et/ou perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie et/ou albunémie $\leq 30\text{g/L}$.	

Tableau 25 – Définition de la dénutrition chez l'adulte de PLUS de 70 ans (HAS, 2021)

3. Évaluation de l'état nutritionnel

L'évaluation de l'état nutritionnel doit être intégrée au dispositif d'annonce et des informations nutritionnelles adaptées à la pathologie du patient doivent lui être fournies.

Cette évaluation peut comprendre (99,102) :

- Un dépistage de l'état nutritionnel lors du diagnostic et lors des consultations de suivi : poids (pesée), % de perte pondéral, IMC (Index masse corporelle), sarcopénie (test de marche, hand grip, circonférence musculaire brachiale (CMB) et par coupe en L3 scanner, impédance métrie...).
- L'utilisation de la calorimétrie indirecte pour estimer la dépense énergétique au repos afin de personnaliser les besoins en énergie et protéines.
- Les ingestas qui peuvent être évalués par :
 - Une consultation diététique avec évaluation de la prise alimentaire sur 2 à 7 jours.
 - Un score d'évaluation facile des ingestas (échelle SEFI) *
 - Echelle SEFI : « Si l'on considère que lorsque tout va bien vous mangez 10 sur 10, quelles quantités mangez-vous actuellement sur une échelle entre 0 et 10 ? » Un score $< 7/10$ est corrélé à un état de dénutrition (103).
- De nombreux questionnaires de dépistage comme le patient generated subjective global assessment (PG-SGA) (104) ou le mini nutritional assessment (MNA)N pour les patients de gériatrie.

^N Accessible sur : www.mna-elderly.com/forms/MNA_english.pdf

4. Prise en charge nutritionnelle en contexte chirurgical

4.1 Évaluation du grade nutritionnel

Le risque nutritionnel peut être classé en trois catégories (cf. **Tableau 26**) (105).

Grade Nutritionnel 2 (GN 2)	Patient non dénutri
Grade Nutritionnel 3 (GN 3)	Patient dénutri et chirurgie sans risque élevé de morbidité
Grade Nutritionnel 4 (GN 4)	Patient dénutri et chirurgie à risque élevé de morbidité*

**La chirurgie thoracique (résection pulmonaire majeure) doit être considérée comme un acte à risque élevé de morbidité*

Tableau 26 – Stratification du risque nutritionnel

4.2 Nutrition pré-opératoire

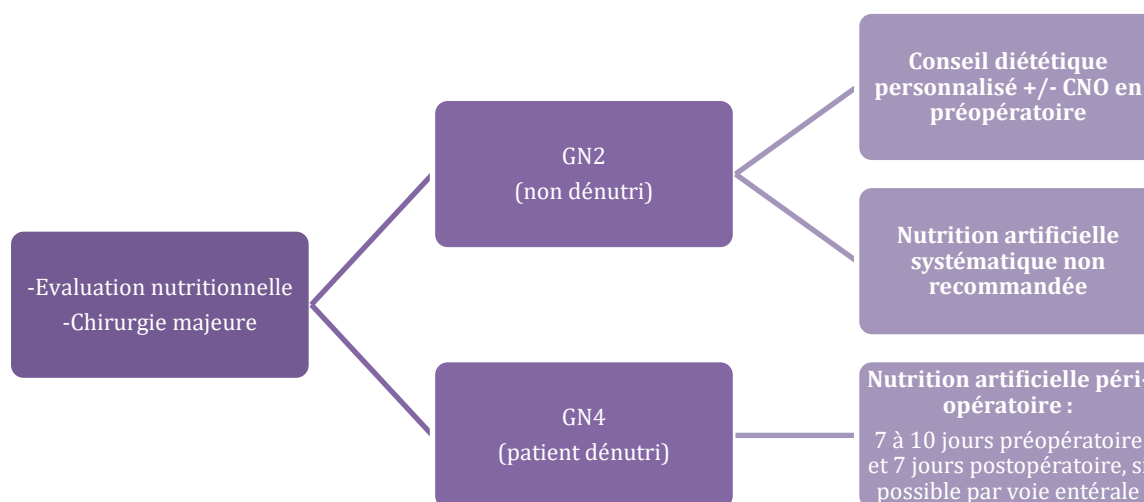


Figure 5 – Orientation en pré-opératoire

Les apports recommandés sont de 25 à 30 kcal/kg/jour dont 1,2 à 1,5 g de protéines /kg/jour (105). La pratique d'une activité physique ou un reconditionnement en périopératoire semblent avoir un impact sur la récupération en postopératoire, sur la diminution des complications et de la mortalité (106).

4.3 Nutrition dans la période post-opératoire

Il est recommandé de reprendre le plus rapidement possible, au cours des 24 premières heures post-opératoires, une alimentation orale, selon la tolérance du patient, sauf contre-indication chirurgicale.

Il **est recommandé** d'instaurer une assistance nutritionnelle quand le patient a des apports alimentaires post-opératoires inférieurs à 60% de ses besoins quotidiens depuis 7 jours, et dès les 24 premières heures post-opératoires, si le patient est dénutri. Discuter la glutamine s'il existe des complications post opératoires majeures et si une nutrition parentérale est en cours.

5. Prise en charge nutritionnelle en contexte de radiothérapie ou radio-chimiothérapie concomitante

En l'absence de dénutrition ou de toxicité œsophagienne limitant les apports nutritionnels par voie orale, une nutrition artificielle systématique n'est pas recommandée lors d'une radiothérapie thoracique (107).

6. Prise en charge nutritionnelle en oncologie médicale hors contexte palliatif terminal.

Il est recommandé un conseil diététique personnalisé, intégrant, si nécessaire, la prescription de compléments nutritionnels oraux voire la mise en place d'une alimentation artificielle. Les apports recommandés sont de 30 à 35 kcal/kg/j et 1,2 à 1,5 g de protéines/kg/j avec un rapport calorique glucido-lipidique d'environ 60/40 (99).

L'activité physique est à promouvoir, elle est la seule mesure ayant fait la preuve d'une diminution de la fatigue (versus traitement médicamenteux) (108), de plus elle augmente la qualité de vie. En cancérologie une activité physique minimale d'endurance de 30 minutes 5 fois par semaine, d'intensité moyenne à élevée est recommandée ainsi que du renforcement musculaire 2 fois/semaine, et de limiter les comportements sédentaires.

7. Prise en charge nutritionnelle en situation de soins de support exclusif

Alimentation :

Favoriser l'alimentation plaisir et proposer des compléments nutritionnels oraux. Limiter l'hydratation intra-veineuse à 500 ml/j (pourvoyeur d'œdèmes) et favoriser les soins bucaux contre la soif.

Une alimentation artificielle ne doit pas être débutée si l'espérance de vie est estimée à moins de 3 mois ou si le Performans status est supérieur à 3.

Si une alimentation artificielle est déjà initiée, discuter de façon collégiale l'arrêt.

Le niveau de preuve des orexigènes (corticothérapie, mégestrol...) est insuffisant.

Recommandations

- Tout patient dénutri et devant subir une chirurgie avec risque élevé de morbidité (GN 4) doit recevoir une assistance nutritionnelle pré-opératoire (nutrition entérale ou nutrition parentérale) d'au moins 7 à 10 jours.
- Les patients non dénutris (GN2) doivent probablement bénéficier d'une prise en charge nutritionnelle par conseils diététiques et compléments nutritionnels en pré-opératoire.
- En oncologie médicale : l'objectif est de viser à couvrir les besoins par des conseils diététiques +/- nutrition artificielle.
- Il faut encourager une activité physique adaptée.
- En situation de fin de vie, une nutrition artificielle ne doit pas être débutée. Il faut également limiter l'hydratation intra-veineuse.

8. Les moyens de prise en charge

8.1. Conseils hygiéno-diététiques

A proposer dans toutes les situations, particulièrement en cours de traitement anti néoplasique :

- Fractionner l'alimentation, manger ce qui fait plaisir, éviter le « forcing », enrichir par produits caloriques (fromages, crèmes.)
- Supprimer les régimes restrictifs.
- Proposer compléments nutritionnels oraux.

8.2. Nutrition artificielle :

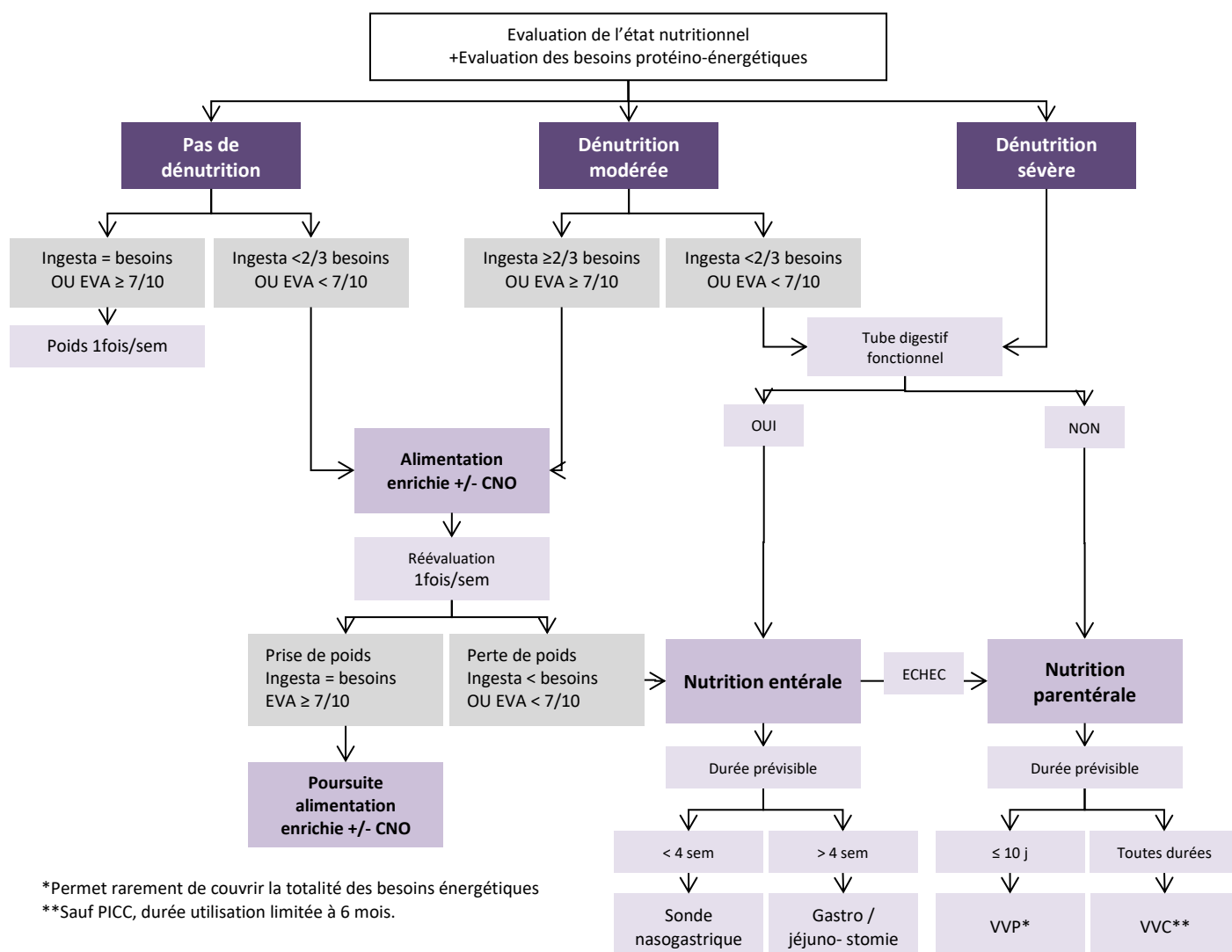


Figure 6 – Arbre décisionnel du soin nutritionnel de la SFNCM

Lors de la mise en place d'une nutrition artificielle chez un patient dénutri : supplémentation et surveillance ionique (phosphore ++) journalière et supplémentation systématique en vitamine B1 (prévention syndrome renutrition inapproprié)

- Nutrition entérale
 - La nutrition entérale est à privilégier si le tube digestif est fonctionnel, car moindre effets secondaires et favorise l'autonomie du patient.
 - Si risques d'inhalation ou vomissements : préférer un site jéjunal.
 - Si durée estimée > 4 semaines discuter gastrostomie percutanée.
 - Après une explication adéquate, le taux d'adhésion sont souvent élevés (109)
- Nutrition parentérale

Compte tenu de ses risques métaboliques et infectieux, l'alimentation parentérale intraveineuse ne doit être réalisée **que dans des situations où l'alimentation entérale est contre indiquée.**

A domicile obligatoirement par voie veineuse centrale.

Prévention des infections de cathéter par verrous de taurolidine sont efficaces en prévention primaire et secondaire (110).

8.3 Régimes restrictifs et jeûnes

- Très utilisés, à la mode, beaucoup de confusion sur ces sujets. Peu avoués.
- A l'heure actuelle, les régimes restrictifs (cétogène, hypocaloriques.) et jeûnes ne peuvent être promus. Ils majorent le risque de dénutrition et n'ont pas apporté leur preuve en prévention ou pendant un traitement contre le cancer. Les données expérimentales obtenues sur des modèles animaux apparaissent souvent hétérogènes et les données épidémiologiques et cliniques trop peu nombreuses (Tableau 27).

TYPE DE REGIME	ETUDES CHEZ L'ETRE HUMAIN		ETUDES CHEZ L'ANIMAL
	CLINIQUES	ÉPIDÉMIOLOGIQUES	
Jeune	Pas d'étude	Pas d'étude	+/-
Restriction Calorique	Pas d'étude sur l'incidence des tumeurs	Pas d'étude	+/-
Restriction Protéique	Pas d'étude	+/-	+/-
Restriction Glucidique / Régime Cétogène	Pas d'étude	Pas d'étude	+/-

+: effet favorable; -: effet délétère ou absence d'effet

Tableau 27 - Synthèse des résultats sur l'effet du jeûne et des régimes restrictifs en prévention des cancers.
Rapport NaCRE 2017 (Extrait de : INCa, Fiche Repère Jeûne, régimes restrictifs et cancer^O).

^O INCa, Fiche Repère Jeûne, régimes restrictifs et cancer, disponible à <https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Fiche-reperes-Jeune-regimes-restrictifs-et-cancer> (consulté le 02.01.2019)

SYNDROME DE SÉCRÉTION INAPPROPRIÉE D'ADH : SIADH

Le SIADH est un facteur de mauvais pronostic indépendant et l'hyponatrémie entraîne une altération de la qualité de vie des patients. Les complications possibles peuvent être liées à l'hyponatrémie elle-même (encéphalopathie hyponatrémique) ou à une correction trop rapide (myélinolyse centro-pontine). Une hyponatrémie (< 135 mmol/l) est considérée comme aiguë quand elle est apparue depuis moins de 48 heures.

La sévérité de l'hyponatrémie est fonction de la symptomatologie clinique :

- Asymptomatique.
- « Symptômes modérément sévères » : nausées sans vomissement, confusion, ou céphalées.
- « Symptômes sévères » : vomissements, détresse cardio-respiratoire, somnolence, coma ou épilepsie.

Grade 1	> 130 mmol/l
Grade 2	Natrémie : 125-129 mmol/L ET asymptomatique
Grade 3	Natrémie 125-129 mmol/L ET symptomatique OU natrémie 120-124 mmol/l quel que soit le retentissement symptomatique
Grade 4	<120 mmol/L ou conséquences vitales
Grade 5	Décès

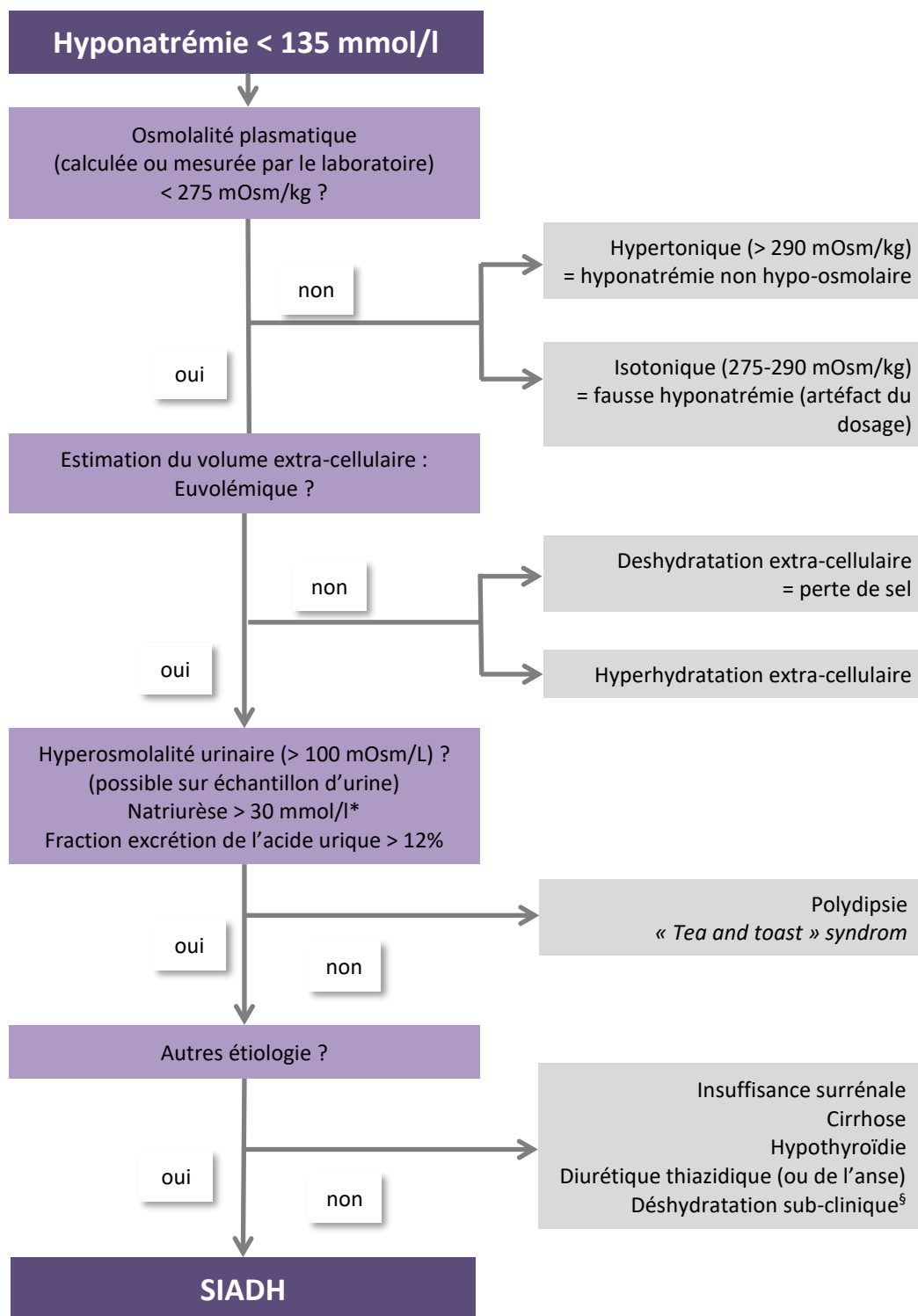
Tableau 28 – Classification des hyponatrémies selon la classification CTCAEV 5.0

1. Démarche diagnostique

Une hyponatrémie au cours d'un cancer n'est pas forcément synonyme de SIADH, la démarche diagnostique doit donc être exhaustive (cf. **Figure 7**) (111).

Le diagnostic étiologique précis de l'hyponatrémie est fondamental afin de délivrer le traitement adapté. La première étape (après avoir exclu une « fausse hyponatrémie ») est bien sûr d'apprécier la gravité clinique du trouble et la nécessité d'un traitement immédiat. La Figure 7 montre les différentes étapes du diagnostic.

Afin de différencier un SIADH d'une déshydratation subclinique, il peut être intéressant de réaliser une hydratation « test » du patient en perfusant environ 1,5 L de Na Cl 0,9% en 12-24 h (volume à adapter aux antécédents du patient, notamment cardiaques) : une remontée (même partielle) de la natrémie signe une déshydratation, une stagnation voire une décroissance étant en faveur d'un SIADH.



* Sauf en cas de diurétisation ; § Test thérapeutique possible : perfusion de 1,5 L de NaCl en 12 à 24 heures

Figure 7 – Arbre diagnostique devant une hyponatrémie dans le cadre d'un cancer (adapté de (111))

2. Traitement

2.1 Objectif du traitement

Le traitement et la vitesse de correction de l'hyponatrémie dépendent de son retentissement clinique et de sa vitesse d'installation :

- Une hyponatrémie chronique dont le retentissement clinique est faible devra être corrigée lentement (+ 8-10 mmol/l par 24 h).
- Une hyponatrémie aiguë mal tolérée neurologiquement devra être corrigée (partiellement) plus rapidement, sous couvert d'une surveillance rapprochée en soins critiques.

Le risque d'une correction trop rapide de la natrémie en cas d'hyponatrémie chronique est la myélinolyse centro-pontine. Les facteurs de risque de myélinolyse centro-pontine sont :

- La chronicité de l'hyponatrémie,
- Une natrémie inférieure à 105 mmol/l,
- Une hypokaliémie,
- L'alcoolisme,
- La dénutrition,
- Une cirrhose,
- Le sexe féminin,
- La faible masse musculaire.

2.2 Modalités et indications de traitement

- **Mesures générales :**
 - Traitement étiologique, à débiter dès que possible (notamment anticancéreux en cas de SIADH) ;
 - Assurer un apport nutritionnel suffisant ;
 - Éliminer les facteurs (notamment médicamenteux) pouvant aggraver l'hyponatrémie : diurétiques thiazidiques ou situations pourvoyeuses de SIADH ;
 - Rechercher et corriger les facteurs de risque de myélinolyse centro-pontine, notamment hypokaliémie ;
 - Assurer une surveillance clinique et biologique stricte : poids et diurèse quotidiens, biologie urinaire régulière.
- **Restriction hydrique :** la première ligne de traitement est systématiquement la restriction hydrique :
 - L'ensemble des apports liquidiens (café, soupe, « perfusettes ») doit être pris en compte ;
 - Son volume est celui de la diurèse des 24 h moins 500 cc ;
 - Certains éléments sont associés à un échec de la restriction hydrique :
 - Osmolalité urinaire > 500 mosm/l,
 - Diurèse inférieure à 1500 ml/24h,
 - Hausse journalière de la natrémie inférieure à 2 mmol/l dans les 24-48 premières heures.
- **Sérum salé hypertonique à 3% :** 150 ml en 20 minutes, uniquement en cas d'hyponatrémie symptomatique, de préférence en milieu réanimatoire.
- **Tolvaptan (Samsca®) :**
 - Il s'agit d'un antagoniste des récepteurs V2 de l'AVP.
 - L'initiation doit être hospitalière avec une surveillance rapprochée pendant au moins 48 heures avec natrémie de contrôle toutes les 4 à 6 heures. La restriction hydrique doit être levée pendant les 24 à 48 premières heures d'utilisation. Il ne doit pas être utilisé conjointement aux autres traitements.
 - Pas de données dans les hyponatrémies asymptomatiques inférieures à 120 mmol/L.
 - La posologie initiale est de 15 mg/jour jour (il est possible de débiter à 7,5 mg/jour si le patient est à risque de correction trop rapide) avec possibilité d'augmenter progressivement jusqu'à 60 mg.
 - **AMM : traitement des patients adultes présentant une hyponatrémie secondaire à un SIADH chez lesquels une restriction hydrique est inefficace ou impossible.**

- Inconvénients : non recommandé par les experts européens (contrairement aux américains) en raison des risques de correction trop rapides de la natrémie, durée d'utilisation limitée à 4 semaines (recommandation FDA en raison de la survenue d'hépatopathie), molécule onéreuse.

- Une analyse *post-hoc* poolée des deux études de phase 3 comparant l'utilisation de Tolvaptan vs placebo chez des patients présentant un SIADH para-néoplasique a montré une efficacité et un profil de tolérance correct dans cette population (112).

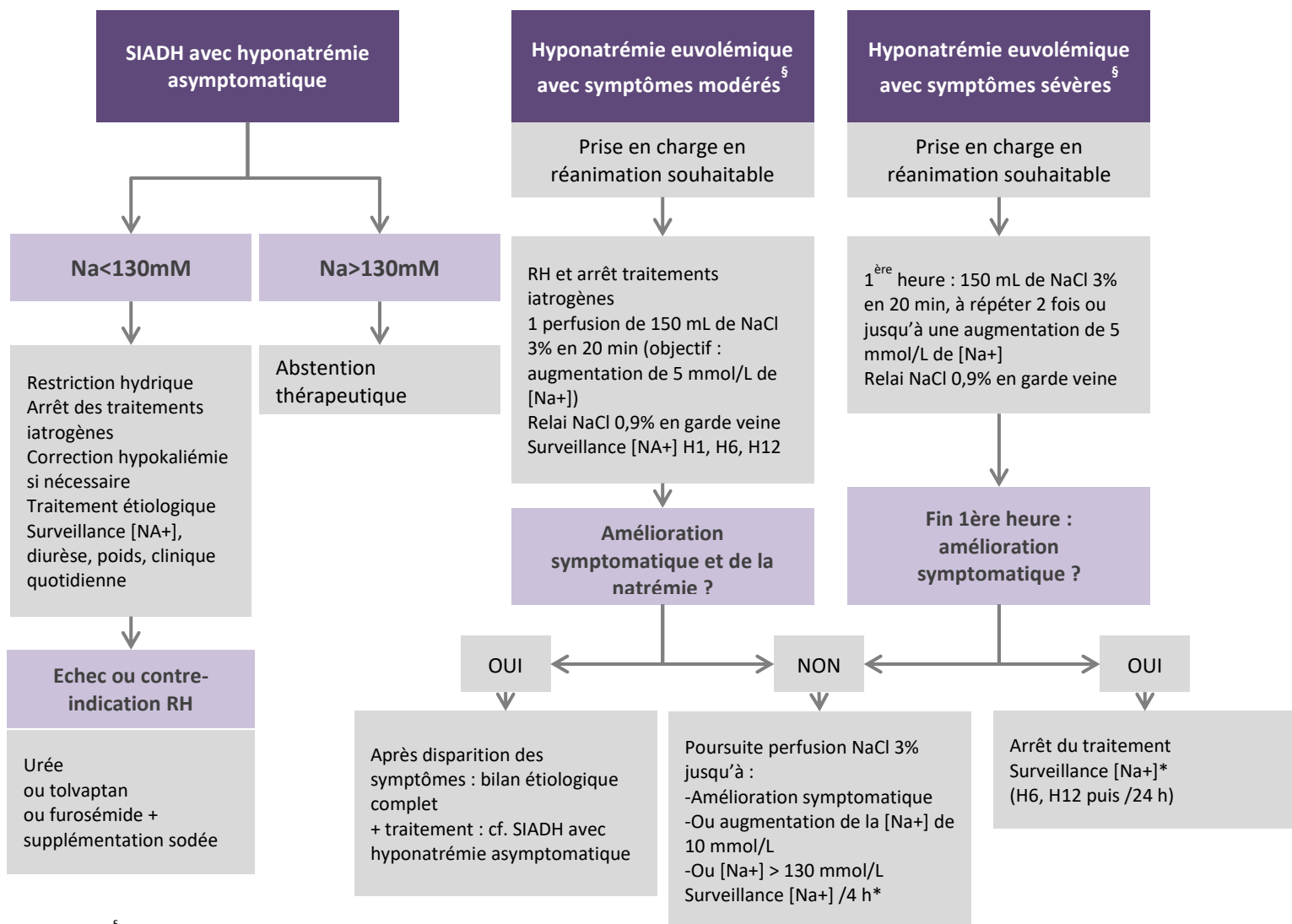
- **Urée :**
 - Posologie : de 0,25 à 0,50 g/kg/jour.
 - Inconvénients : goût (à boire avec du jus d'orange, préparation pharmaceutique en sachet : urée 10 g + NaHCO₃ 2 g + acide citrique 1,5 g + sucrose 200 mg, à dissoudre dans 100 mL d'eau), préparation pharmaceutique.
- **Furosémide + supplémentation sodée :**
 - Posologie : 20-40 mg de furosémide par jour selon volémie et réponse clinique, associé à 2-4 g de sel en plus de l'alimentation (pour un total de 10-12 g).
 - Surveillance du ionogramme et de la volémie.
- **Ne sont pas indiqués pour le traitement correctif de l'hyponatrémie :**
 - Sérum salé isotonique (NaCl 0,9%).

Plusieurs traitements sont proposés en 2^{ème} ligne par les différentes recommandations, après échec ou intolérance de la restriction hydrique. Aucun n'a démontré de supériorité par rapport aux autres, et le praticien devra tenir compte de la tolérance, de la disponibilité des traitements, de ses habitudes et du coût dans le choix d'une thérapeutique.

Le tolvaptan est actuellement (depuis 2022) non disponible. La démeclocycline est à nouveau disponible en France.

	Recommandations européennes 2014 (111)	Recommandations américaines 2013 (113)
Urée	Recommandé en 2 ^{ème} ligne après RH	Recommandé en 2 ^{ème} ligne après RH
Lasilix + supplémentation sodée	Recommandé en 2 ^{ème} ligne après RH	Non mentionné
Demeclocycline	Non recommandé	Recommandé en 2 ^{ème} ligne après RH, avec précautions d'emploi nécessaires
Tolvaptan	Non recommandé	Recommandé en 2 ^{ème} ligne après RH, avec précautions d'emploi nécessaires

Tableau 29 – Recommandations européennes et américaines sur l'indication des traitements de 2^{ème} ligne du SIADH.



[§] En cas d'hyponatrémie vraie euvolémique, si le patient présente des symptômes, il est recommandé de faire un traitement d'épreuve (perfusion NaCl 3%) avant de réaliser l'ensemble du bilan étiologique

* Prélèvement sanguin sur le bras opposé à la perfusion

Figure 8 – Prise en charge thérapeutique d'une hyponatrémie

2.3 Conduite à tenir en cas de correction trop rapide

En cas d'augmentation de la natrémie supérieure à 10 mmol/L dans les 24 premières heures ou supérieure à 8 mmol/L/jour ensuite :

- Arrêt du traitement correctif en cours.
- Avis néphrologique pour perfusion de glucose (10 ml/kg en 1 heure) et/ou perfusion de desmopressine 4 µg.

VACCINS ANTI-INFECTIEUX ET CANCER BRONCHO-PULMONAIRE

1. Généralités

Certaines chimiothérapies et la corticothérapie peuvent induire une déplétion lymphocytaire avec baisse du nombre et de la fonctionnalité des lymphocytes TCD4 et lymphocytes B associé à une baisse des IgM et IgA sans baisse significative des IgG (114). Les lymphocytes se normalisent rapidement, dans les 3 mois suivant l'arrêt de la chimiothérapie tandis que les Ig reviennent à la normale dans les 6 mois.

Cette déplétion lymphocytaire entraîne un risque accru d'infections et particulièrement d'infections sévères dont certaines peuvent être prévenues par des vaccins (pneumocoque et grippe notamment). Cependant, l'immunodépression entraîne également une baisse de l'immunogénicité et donc une diminution de l'efficacité vaccinale. Il est donc important dans la mesure du possible de vacciner les patients avant de débuter la chimiothérapie.

En revanche, **les vaccins vivants sont contre-indiqués** en cours de chimiothérapie ou d'immunothérapie et au moins 6 mois après la fin de la chimiothérapie ou de l'immunothérapie.

2. Vaccins inactivés

Les vaccinations spécifiques recommandées avant de débuter une chimiothérapie sont^{P Q} :

- Vaccination antigrippale (par vaccin inactivé) en période épidémique,
- Vaccination anti-pneumococcique.

Il convient de réaliser une sérologie de l'hépatite B (Ag HBs, Ac anti-HBs et antiHBc) afin de dépister les porteurs chroniques et les patients non immuns à risque de contamination pour lesquels la vaccination devra être réalisée dès que possible.

Pour les vaccins du calendrier vaccinal, une dose de rappel doit être administrée 3 à 6 mois après la chimiothérapie.

Concernant la vaccination chez des patients sous immunothérapie, une revue de la littérature sur la vaccination anti-grippale chez des patients traités par immunothérapie a confirmé son efficacité et l'absence de toxicité inhabituelle (115,116).

^P Recommandation HCSP - dec 2014 -vaccination des personnes immunodéprimées ou asplénique
Calendrier vaccinal disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2022_mis_a_jour_juin_2022_v2.pdf
(consulté le 17/03/2023).

Vaccins	Avant et pendant chimiothérapie	Post-chimiothérapie
Vaccin anti-COVID	Recommandé	Pas de rappel spécifique recommandé
Grippe saisonnière (vaccin inactivé)	Recommandé à l'automne et en période épidémique	1 injection annuelle à l'automne et en période épidémique
Pneumocoque	Si patient non vacciné au préalable : - 1 dose de vaccin conjugué 13-valent (Prevenar 13®) - Puis au moins 2 mois après : 1 dose de vaccin polysidique non conjugué 23-valent (Pneumovax®)	3 mois après chimiothérapie, si patient à risque de récurrence ou à risque d'infection à pneumocoque : - 1 dose de vaccin polysidique 23-valent (Pneumovax®) [§]
Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche	Pas d'indication	3 mois après chimiothérapie: - 1 injection de vaccin combiné DTP-coqueluche acellulaire
Hépatite B	Sérologie (Ag HBs, Ac anti-HBs et anti-HBc) systématique Si patient non immun* et à risque d'infection [¶] : - Vaccination et contrôle titre Ac à 4 semaines	A 6 mois post-chimiothérapie : injection de rappel dans la population à risque [¶]

[§]Si vaccination préalable. Si pas de vaccination préalable : faire schéma à deux injections comme recommandé avant chimiothérapie

*Non immun = Ag HBs négatif, Ac anti-HBs et anti-HBc négatifs

[¶]Population à risque : détenu, partenaires sexuels multiples, usager de drogue, voyageur (ou résident) en zone de forte ou moyenne endémie, professions à risque d'exposition aux liquides biologiques, patient susceptible d'être transfusé à de multiples reprises.

Tableau 30 – Recommandations de vaccination par vaccins inactivés chez les patients recevant une chimiothérapie

3. Vaccin anti-COVID

Les patients atteints d'un cancer pulmonaire sont un groupe à risque de forme grave du COVID 19. La vaccination anti-COVID 19 est particulièrement recommandée dans cette population.

Une revue de la littérature sur la vaccination anti-COVID chez les patients atteints de cancer a montré que celle-ci était associée à un taux de séroconversion correct mais plus faible et retardé par rapport à la population générale. La tolérance des vaccins est la même que dans la population générale (117) y compris chez les patients recevant une immunothérapie (118).

Dans une méta-analyse de 30 études, le taux de séroconversion après deux doses de vaccins est de 87%. Dans une autre méta-analyse de 20 études (5499 patients atteints de cancer), les facteurs associés à l'absence de séroconversion sont le sexe masculin, les patients plus âgés, les cancers métastatiques, les traitements anti-cancéreux (chimiothérapie et anti-CD20) (119).

Dans une étude de vraie vie, chez 2048 patients traités par immunothérapie, la vaccination anti-covid n'est pas associée à une diminution de l'efficacité anti-tumorale (120).

Recommandations

Chez les patients avec un cancer pulmonaire, y compris ceux recevant une chimiothérapie ou une immunothérapie, la vaccination anti-COVID est recommandée dès que possible (idéalement avant de débiter la chimiothérapie) (121,122) et à adapter aux recommandations nationales en vigueur.

Chez les 10% n'ayant pas de séroconversion post vaccinale, un traitement prophylactique par Ac monoclonaux peut-être nécessaire.

4. Vaccins vivants

Les vaccins vivants sont contre-indiqués en cours de chimiothérapie ou d'immunothérapie et au moins 6 mois après la fin de la chimiothérapie ou de l'immunothérapie.

	VACCINATION	Prise en charge en cas de CONTAGE	Recommandations pour l'ENTOURAGE
BCG	Non recommandée, quel que soit le délai	Prise en charge d'une infection tuberculeuse latente	Selon les recommandations en population générale
Rougeole Oreillon Rubéole	Après un délai de 6 mois post-chimio chez les adultes nés après 1980 : Si vaccination complète préalable : 1 dose Sinon : 2 doses séparés d'au moins un mois	Contage rougeole : Ig polyvalentes IV ; à discuter en fonction du niveau d'immunosuppression.	Vaccination chez sujets n'ayant pas reçu un schéma vaccinal complet (si rash post-vaccinal : éviter contact)
Varicelle	Après un délai de 1 an post-chimio chez sujets non immuns à risque de rechute	Contage varicelle ou zona : Ig spécifiques ; à discuter en fonction du niveau d'immunosuppression.	Vaccination chez sujets non immuns (si rash post-vaccinal : éviter contact)
Fièvre jaune	Contre-indiquée pendant 6 mois post chimio		
Rotavirus	Non recommandée Contre-indiquée jusqu'à 6 mois post-chimio		Vaccination contre-indiquée pendant la CT et dans les 6 mois suivant
Grippe saisonnière par vaccin vivant atténué (Fluenz®)	Contre-indiquée jusqu'à 6 mois post-chimio		Vaccination contre-indiquée pendant 6 mois

Tableau 31 – Recommandations de vaccination par vaccins vivants chez les patients recevant une chimiothérapie et leur entourage et conduite à tenir en cas de contage

5. Calendrier vaccinal avant traitement anti cancéreux

Les données de la littérature ne sont pas concordantes sur le moment idéal pour vacciner les patients.

Les experts estiment qu'il est préférable de vacciner les patients au plus tôt avant la chimiothérapie, idéalement 10 jours avant le début de la chimiothérapie, voire le premier jour de celle-ci.

En cas de chimiothérapie pendant la période épidémique grippale, la vaccination anti-grippale est à faire entre deux chimiothérapies, en dehors de la période de nadir.

Recommandations

- Les vaccins spécifiquement recommandés sont :
 - Vaccination anti-CoviD
 - Vaccination antigrippale inactivée annuelle en période épidémique
 - Vaccination anti-pneumococcique.
- Les vaccins recommandés doivent être effectués au plus tôt avant le traitement anticancéreux bien qu'il soit possible de vacciner jusqu'au 1^{er} jour de la chimiothérapie.
- Les vaccins vivants sont contre-indiqués au cours de la chimiothérapie ou de l'immunothérapie et dans les 6 mois suivant l'arrêt.
- Un rappel des vaccins du calendrier vaccinal (DTP uniquement hors cas particulier) doit être fait 3 à 6 mois après l'arrêt de la chimiothérapie

TOXICITE PULMONAIRE DES IMMUNOTHERAPIES

Les traitements anti-cancéreux par immunothérapie (anti-PDL1, anti-PD1 et anti-CTLA4) ont un profil de toxicité très différent de celui des chimiothérapies cytotoxiques.

Les toxicités pulmonaires comprennent les pneumopathies interstitielles diffuses (syndrome de détresse respiratoire aigüe, fibrose pulmonaire, pneumopathie organisée), des granulomatoses sarcoïdose-like et des pleurésies (123,124).

1. Evaluation (PID)

Grade 1	Asymptomatique, diagnostic clinique ou radiologique uniquement, pas de traitement nécessaire
Grade 2	Symptomatique, traitement nécessaire, gêne fonctionnelle
Grade 3	Symptômes sévères, limitant les activités quotidiennes, oxygénothérapie nécessaire
Grade 4	Conséquences vitales ; intervention urgente requise.
Grade 5	Décès

Tableau 32 – Classification des PID selon la classification CTCAEV5.0

2. Prise en charge

L'incidence des toxicités pulmonaires n'est pas négligeable : elle est estimée de 3 à 12% en fonction des séries dont 1 à 2% de grade 3 et 4 (123,125,126). Il est par conséquent recommandé de disposer d'une EFR complète avant traitement.

Ces toxicités pulmonaires sont plus fréquentes en cas d'association de traitement (anti-PD1 ou -PDL1 et anti-CTLA 4) (123).

La majorité des toxicités surviennent dans les 3 premiers mois de traitement. Lors de la survenue d'une toxicité pulmonaire, la médiane de durée du traitement était de 2,3 (0,2-27,4) mois dans une cohorte rétrospective de 64 patients (127).

Le tableau clinico-radiologique n'étant pas pathognomonique, il est important d'éliminer d'autres étiologies (notamment infectieuses et cardiologiques) avant d'envisager un traitement spécifique (123) (Figure 9). Dans cette même cohorte, 31 ont eu un lavage broncho-alvéolaire interprétable. La grande majorité avait une alvéolite mixte à prédominance lymphocytaire. Parmi ces 31 patients, 24 avaient un taux de lymphocytes supérieur à 15%, 5 avaient un taux d'éosinophiles supérieur à 5% et 20 avaient un taux de neutrophiles supérieur à 3 %.

Le traitement repose sur une corticothérapie (de préférence précédée par une antibiothérapie d'épreuve) et/ou la suspension ou l'arrêt définitif de l'immunothérapie. La prise en charge d'une toxicité de type pneumopathie interstitielle aigüe est illustrée par la figure 10 (123,128).

Recommandation

- Il est recommandé de réaliser une EFR complète avant immunothérapie.

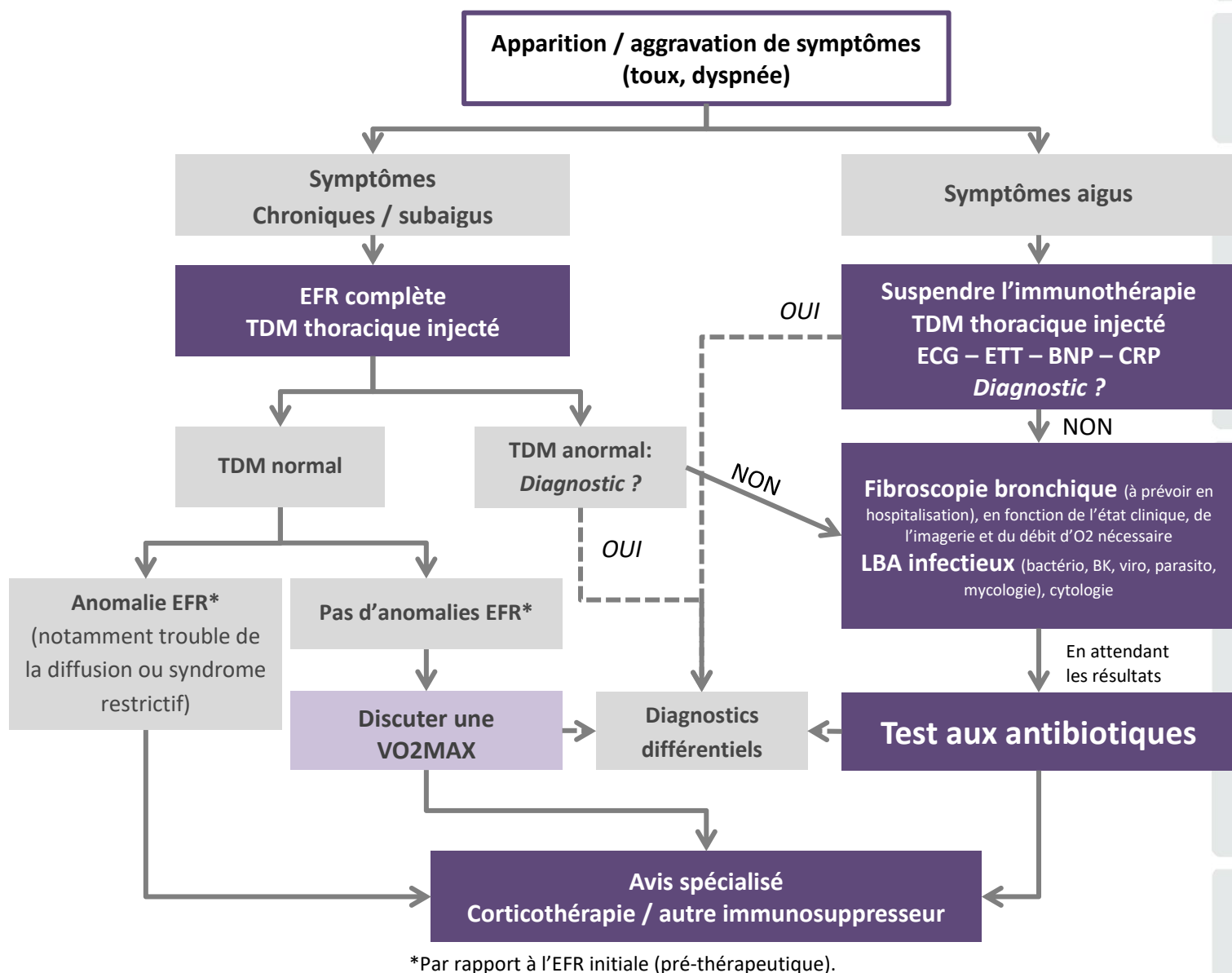


Figure 9 – Proposition d'algorithme décisionnel en cas de survenue de signes fonctionnels respiratoires sous Immunothérapie.

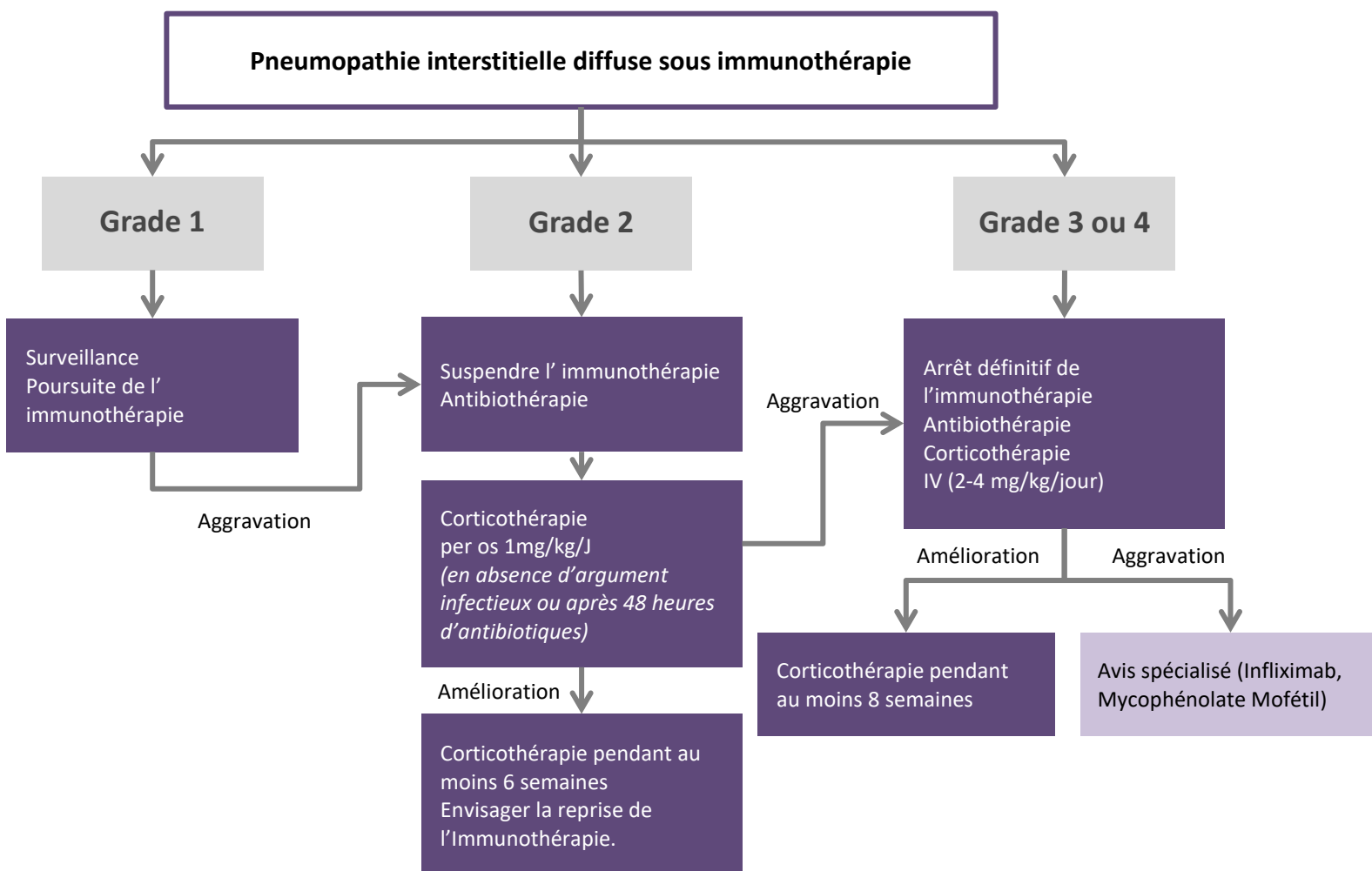


Figure 10 – Proposition d’algorithme décisionnel en cas d’événement indésirable d’ordre respiratoire survenant sous immunothérapie (d’après (123)).

DYSTHYROÏDIE SOUS IMMUNOTHERAPIES

L'incidence des dysthyroïdies diffère en fonction du type d'immunothérapie utilisée, de la combinaison thérapeutique, de la séquence thérapeutique et de la prise en compte ou non des formes infra-cliniques. Ainsi, l'incidence varie de 1 à 9 % selon l'immunothérapie choisie.

En moyenne, la dysthyroïdie apparaît entre le 2^{ème} et 4^{ème} cycle après le début de l'immunothérapie mais peut se développer jusqu'à 3 ans.

1. Classification de la toxicité

Grade 1	Asymptomatique. Ne nécessitant aucun traitement Diagnostic à l'examen clinique uniquement.
Grade 2	Symptomatique. Indication de traitement. Interférant avec les activités instrumentales de la vie quotidienne.
Grade 3	Symptômes sévères Nécessitant une hospitalisation. Interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne.
Grade 4	Mise en jeu du pronostic vital. Nécessitant une prise en charge en urgence.
Grade 5	Décès

Tableau 33 – Classification des dysthyroïdies selon la classification CTCAEV5.0

Moins de 2 % des dysthyroïdies sont classées en grade 3 et plus.

2. Bilan pré-thérapeutique et surveillance

La société française d'endocrinologie a émis des recommandations sur le bilan pré-thérapeutique et le bilan biologique de surveillance à réaliser au cours d'un traitement par immunothérapie. Ils recommandent en pré-thérapeutique, un bilan thyroïdien (TSH, T4L). La surveillance biologique (TSH et T4L) est mensuelle pendant 6 mois puis uniquement en cas de signe clinique (129).

Bien que plus fréquent dans les 6 premiers mois, les événements indésirables immunologiques de l'immunothérapie peuvent survenir à n'importe quel moment sous traitement, y compris tardivement (130). Par conséquent, il semble logique de poursuivre la surveillance biologique au-delà de 6 mois. Nous proposons qu'après 6 mois, le rythme de surveillance puisse être espacé à tous les 3 mois durant 6 mois puis tous les 6 mois durant 2 ans. Par contre une surveillance plus rapprochée peut-être proposée en cas de double immunothérapie et surtout chez les patients sous une deuxième ligne d'immunothérapie, nous proposons alors un bilan thyroïdien (TSH, T4L) à chaque cycle durant les 3 premiers mois.

Recommandations

- Il est recommandé de surveiller le bilan thyroïdien avant l'initiation et au cours du traitement par immunothérapie. La surveillance doit porter au minimum sur la TSH et la T4L.
- Il est recommandé d'intensifier la surveillance en cas de combinaison thérapeutique ou à partir de la seconde ligne d'immunothérapie.

OPTION : Surveillance TSH et T4L tous les mois / 6 mois puis tous les 3 mois / 6 mois puis tous les 6 mois.

3. Prise en charge

Devant tout signe clinique en faveur d'une dysthyroïdie, on préconise la réalisation d'un bilan thyroïdien avec dosage TSH, T4L $\pm$ T3L.

L'arrêt de l'immunothérapie en lien avec une dysthyroïdie est exceptionnel (Figure 11). Le plus souvent, le traitement de l'épisode pouvant se faire sous immunothérapie ; soit par traitement symptomatique et surveillance en cas d'hyperthyroïdie (Figure 12) ; soit par hormonothérapie en cas d'hypothyroïdie (Figure 13). La suspension de l'immunothérapie est réservée aux hyperthyroïdies de grades 3 et plus jusqu'à résolution de l'épisode. L'hypothyroïdie étant définitive, l'arrêt de l'immunothérapie n'est pas recommandé.

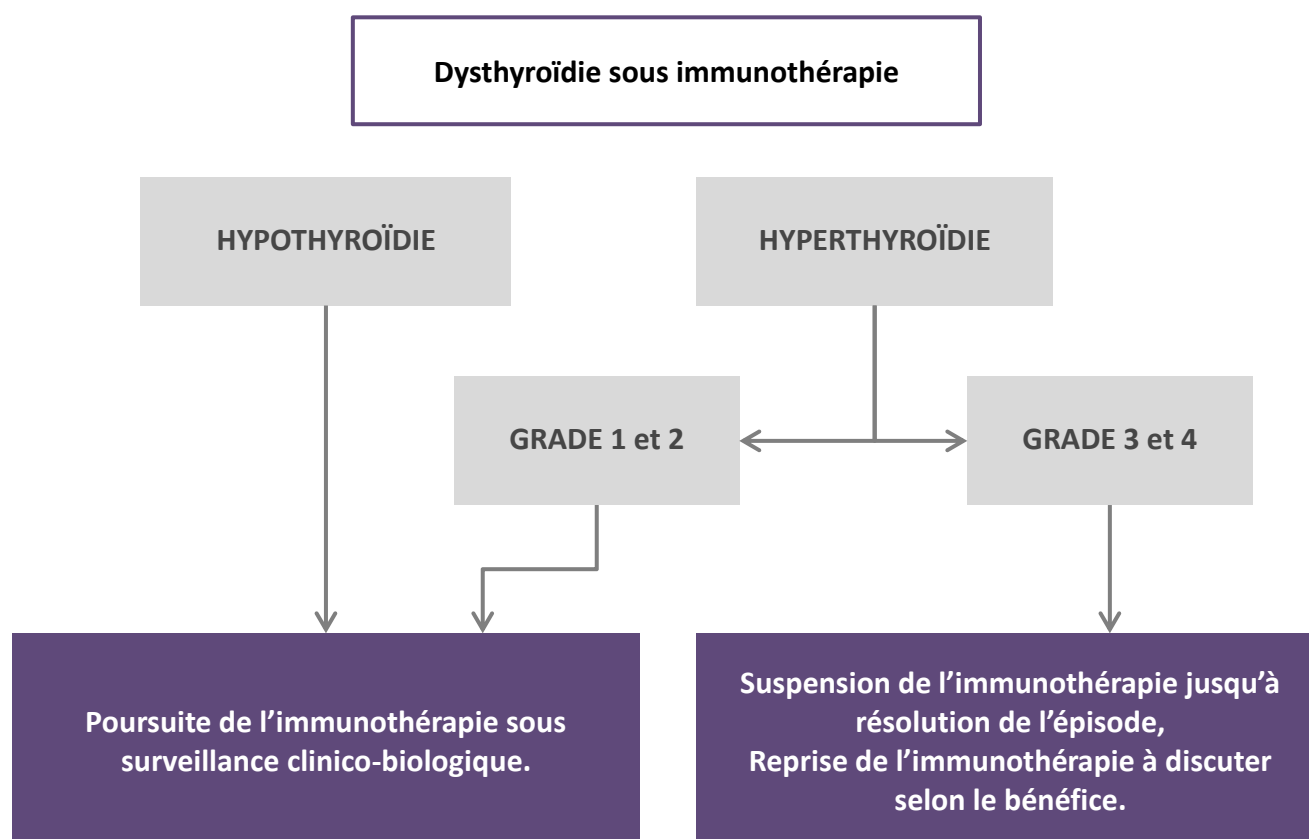


Figure 11 – Conduite à tenir pour la poursuite ou non de l'immunothérapie en cas de dysthyroïdie.

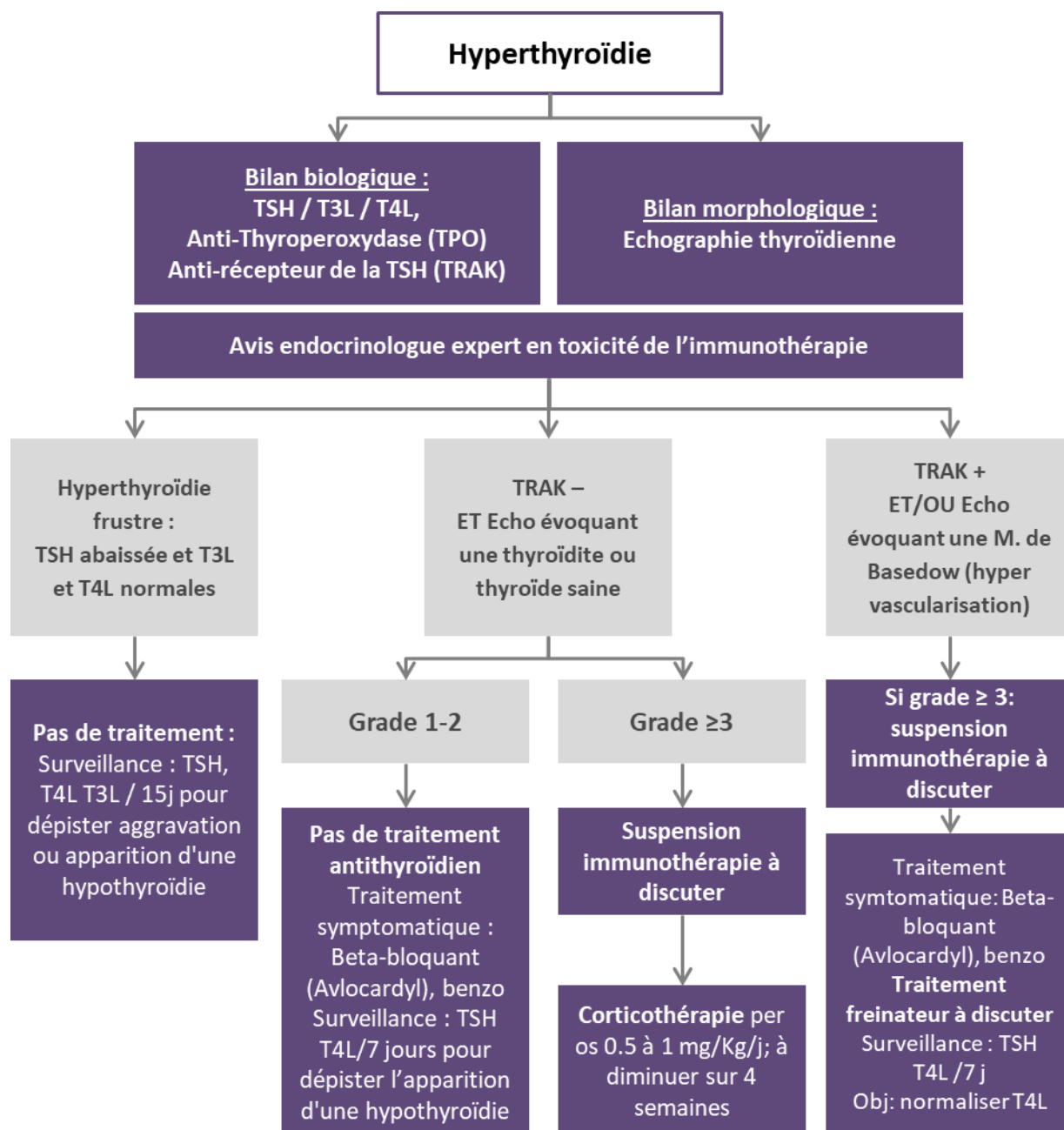


Figure 12 – Prise en charge d'une hyperthyroïdie sous immunothérapie

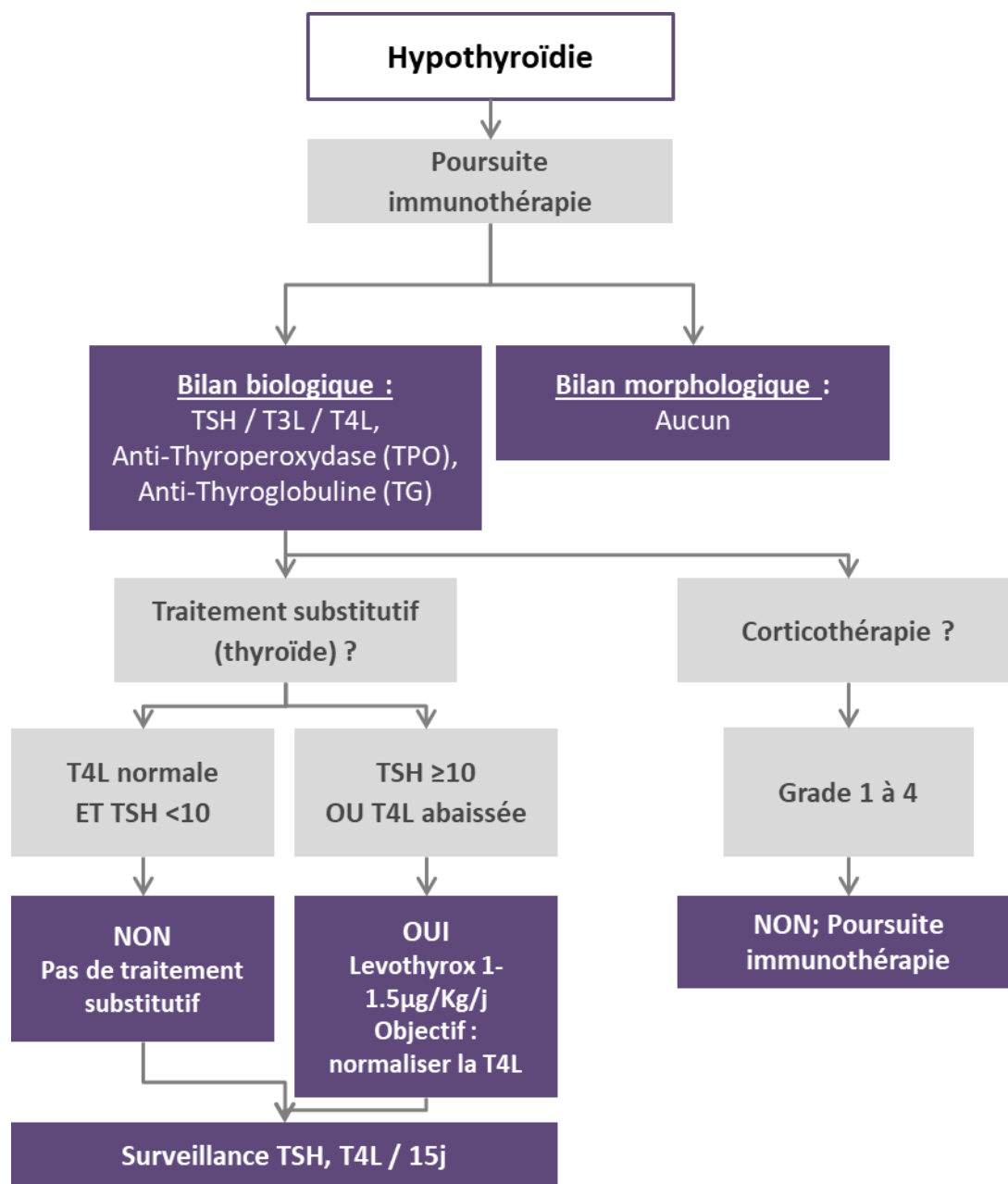


Figure 13 – Prise en charge d’une hypothyroïdie sous immunothérapie

BILAN PRE IMMUNOTHERAPIE

Le profil de tolérance particulier des traitements anti-cancéreux par immunothérapie (anti-PDL1, anti-PD1 et anti-CTLA4) amène à réaliser un bilan pré thérapeutique différent de celui réalisé en cas de chimiothérapie cytotoxique.

1. Clinique

Il est recommandé de rechercher des antécédents personnels et familiaux de maladie auto-immune. Le cas échéant, le patient doit être averti du risque de récurrence d'une maladie auto-immune connue actuellement en rémission (131).

2. Paraclinique

Le bilan biologique initial recommandé comprend (131) :

- Numération formule sanguine
- Bilan hépatique
- Fonction rénale
- Ionogramme sanguin (Na⁺ et K⁺)
- Glycémie à jeun
- TSH, T4
- Cortisolémie (si le patient n'est pas sous corticoides)
- Troponine
- Sérologies VIH, VHB, VHC

Le bilan fonctionnel initial recommandé est :

- ECG
- Exploration fonctionnelle respiratoire complète (EFRC)

Les imageries cérébrales, thoraciques et abdominales lorsqu'elles ne sont pas réalisées dans le cadre du bilan oncologique.

Recommandations

Le bilan paraclinique initial recommandé avant de débuter une immunothérapie anti-cancéreuse est :

- NFS, Bilan hépatique, Fonction rénale, Ionogramme
- Glycémie à jeun
- Cortisolémie, TSH, T4
- Troponine
- Sérologies VIH, VHB et VHC
- ECG
- EFR complète

LES THERAPIES COMPLEMENTAIRES

Dans cette section, nous quittons le domaine des soins de support « conventionnels », dont le niveau de preuve est suffisant.

1. Définitions

Les **Médecines Alternatives et Complémentaires (MAC)**, terminologie retenue par l'OMS, sont "un ensemble très hétérogène composé d'approches, de pratiques et produits de santé n'appartenant pas à la médecine conventionnelle" (132). L'utilisation de thérapies alternatives à la place des traitements conventionnels dans le traitement des cancers est associée à une augmentation significative du risque de décès : X 5,68 [3,22-10,04] pour le cancer du sein ; X 2,17 [1,42-3,32] pour le cancer du poumon ; et X 4,57 [1,66-12,61] pour le cancer du colon (133). En outre, dans une analyse comparant les patients traités de manière conventionnelle et ayant recours ou non aux MAC ; ceux ayant recours aux MAC avaient un taux de refus des traitements conventionnels (dont la chirurgie) plus élevé, et un risque de décès plus élevé de manière indépendante (134).

Aux états-unis, le *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH) est une agence gouvernementale affiliée au NIH (National Institute of Health) qui étudie la médecine complémentaire et alternative. Cette agence reconnaît comme **complémentaires** les thérapies suivies en parallèle des traitements conventionnels du cancer.

Ainsi a émergé le concept de **médecine intégrative**, et plus particulièrement **d'oncologie intégrative** qui utilise un ensemble d'approches complémentaires de santé (exercices du corps et/ou de l'esprit, produits dits naturels, modification des habitudes de vie...) en association à une médecine conventionnelle (135). Son but est d'améliorer la santé, la qualité de vie et le devenir des patients, de prévenir la survenue d'autres cancers et d'aider les patients à devenir acteurs de leur prise en charge.

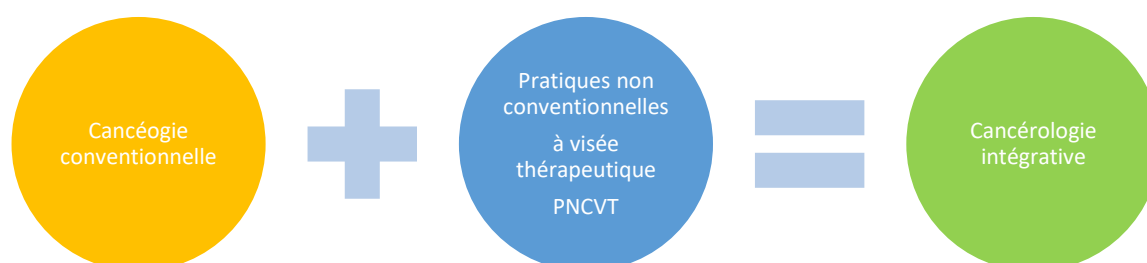


Figure 14 – Schéma du concept d'oncologie intégrative

En France, l'utilisation des TC en oncologie est rapportée dans 20 à 80% des cas en fonction des séries (136–140). En France, l'homéopathie et les méthodes diététiques sont fréquemment rapportées, tandis que dans le monde l'acupuncture est la plus fréquemment rapportée.

2. Quels types de thérapies ?

La plateforme universitaire Collaborative d'Évaluation des programmes de Prévention et de Soins de support (Plateforme CEPS^R) créé en 2011 à Montpellier qui travaille en étroite collaboration avec le Collège Universitaire de Médecine Intégrative et Complémentaire (CUMIC) créé en 2018, propose d'utiliser le terme d'Intervention Non Médicamenteuse (INM) regroupant des soins de support conventionnels et des TC et de les classer comme ci après (tableau 34) (141).

^R www.plateforme-ceps.fr

« Les INM font l’objet d’études d’efficacité. Elles ont un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socio-économiques. Leur mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques ». Un état des lieux des essais contrôlés randomisés, réalisés à travers le monde concernant les médecines alternatives et complémentaires récemment publié, a souligné le nombre faible, mais croissant d’études de ce type mais également leur forte dispersion avec des effectifs de petite taille. Les auteurs questionnent sur la méthode la plus pertinente pour évaluer les TC et l’objet de l’évaluation : efficacité, innocuité, diminution des effets secondaires liés aux traitements pour le cancer (142). L’académie nationale de médecine reconnaît l’acupuncture, l’hypnose, l’ostéopathie et le Tai-chi (143). Pour l’Ordre des médecins il y a 4 catégories : thérapies biologiques, thérapies manuelles axées sur la manipulation (médecine naturelle/ostéopathie), approches corps/esprit (hypnose médicale), systèmes complexes reposant sur des fondements théoriques et pratiques propres (acupuncture, homéopathie, mésothérapie). Le CNOM les cautionne si elles sont pratiquées par un docteur en médecine dont le diplôme est reconnu en France.

Interventions psychologiques santé	Interventions physiques santé	Interventions nutritionnelles santé	Interventions numériques santé	Autres interventions NM santé
Art thérapie	Activité physique	Complément alimentaire	Objet connecté	Objet ergonomique
Education pour la santé	Hortithérapie	Thérapie nutritionnelle	Thérapie par le jeu vidéo	Phytothérapie
Psychothérapie	Physiothérapie		Thérapie par la réalité virtuelle	Thérapie cosmétique
Zoothérapie	Thérapie manuelle			Thérapie par les ondes
	Thermalisme			Lithothérapie

Tableau 34 - Classification des INM proposée par la plateforme CEPS

3. Comment informer et conseiller les patients et leur entourage ?

Il est conseillé d’instaurer un dialogue le plus tôt possible à propos des TC tout en restant très prudent vis à vis des TC pour pouvoir les intégrer de manière bénéfique. Il n’est pas possible ni recommandé de nier l’engouement pour la demande. Il importe de savoir que les patients sont en général très satisfaits et qu’ils trouvent leurs thérapies complémentaires efficaces (respecter la *croiance*). Pour autant, il faut expliquer l’effet *placebo* (produire un effet thérapeutique global sur le patient).

Il est important de différencier Alternatif et Complémentaire.

Il faut informer des risques : il existe une grande disparité des pratiques et de leur validation scientifique, il y a un risque de toxicités, d’interaction médicamenteuses, de retard de mise en route du traitement conventionnel spécifique, il existe aussi un risque financier, et enfin de dérives sectaires. Une meilleure communication de l’oncologue autour des TC pourrait améliorer positivement la relation entre le médecin et le patient, et permettrait de réduire le choix de pratiques pouvant être à risque, tout en améliorant l’observance du traitement conventionnel.

Concernant le niveau de preuve et les recommandations à propos de différentes TC (144), de nombreuses études contrôlées mais non randomisées portant sur plusieurs centaines patients suggèrent un intérêt pour l’intégration des TC aux traitements oncologiques conventionnels, antinéoplasiques et de support (145). La démonstration de l’effet propre d’une TC passe par un essai contrôlé randomisé mais la démonstration de l’efficacité globale d’une prise en charge intégrative, incluant notamment l’aspect relationnel, est plus difficile et plus discutable.

Le tableau 35 reprend les recommandations actuelles concernant les cancers du sein. Concernant l'homéopathie : toutes les études cherchant à démontrer un effet propre du produit sont négatives. L'effet placebo semble réel. L'avantage est l'innocuité du produit.

Symptôme	MAC	Niveau de recommandation*
Anxiété, stress	Méditation	A
	Musicothérapie	B
	Gestion du stress	B
	Yoga	B
Troubles de l'humeur	Méditation	A
	Relaxation	A
	Massage	B
	Yoga	B
Nausées et vomissements mal contrôlés	Musicothérapie	B
Nausées et vomissements mal contrôlés	Acupuncture	B
Douleur	Acupuncture	C
Neuropathies périphériques	Acupuncture	C
Xerostomie post-radiothérapie	Acupuncture	C

***A : Recommandé (bénéfice réel avec haut degré de certitude) – B : recommandé (bénéfice modéré avec haut degré de certitude) – C : à considérer selon le jugement du professionnel et le souhait du patient – D : Non recommandé – H : Contre-indiqué.**

Tableau 35 – Niveaux de recommandation de certaines TC dans les cancers du sein (D'après (144))

4. Quels sont les outils d'information disponibles pour les professionnels de santé ?

- Base de données sur les plantes utilisées en naturopathie et phytothérapie (en Anglais) :
<https://www.mskcc.org/cancer-care/diagnosis-treatment/symptom-management/integrative-medicine/herbs/search>
- Stratégie de l'OMS sur les MAC :
<https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/en/>
- Base de données de ressources fondées sur les preuves de l'Institut Norvégien pour les médecins alternatives et complémentaires :
<http://cam-cancer.org/en/intervention-types-0>
- Association Francophone des Soins Oncologiques de Support
<https://www.afsos.org/fiche-soin/medecines-douces-therapies-complementaires/>

ANNEXE 1 – MODALITES DE LA NUTRITION PARENTERALE

Compte tenu de ses risques, l'alimentation parentérale intraveineuse ne doit être réalisée **que dans des situations exceptionnelles avec contre-indication de l'alimentation entérale**.

Place importante de l'équipe de coordination en nutrition.

- Indication (146,147) :

- Impossibilité de recours à une nutrition orale ou entérale (carcinose péritonéale).
- Non recommandée si l'espérance de vie attendue est inférieure à 2-3 mois et si le score de Karnofski est inférieur à 50 (148) (ou Performance status ≥ 3).
- Prévenir le patient des limites et effets indésirables de ce traitement.

- Intérêt : aucune étude n'a inclus des patients atteints d'un cancer bronchique. De même, aucune étude n'a comparé nutrition entérale et parentérale en oncologie.

- Voies d'abord :

- Voie Veineuse Périphérique : courte durée, hospitalisation obligatoire (interdite à domicile), mélange de faible osmolarité < 800 mOsm/L.
- Voie Veineuse Centrale : c'est la voie recommandée. Il faut privilégier un cathéter central tunnelisé. Le cathéter central multi-lumière n'est pas recommandé en raison du risque d'infection et d'occlusion. Le PICC-line peut être utilisé.

- Composition :

- Poches industrielles tri-compartmentées (manipulations réduites).
- Mélanges ternaires : acides aminés, acides gras, glucose, +/- électrolytes (à domicile, seules les poches avec électrolytes sont disponibles).
- Ces mélanges ne contiennent ni oligo-éléments, ni vitamines. Il est nécessaire d'en ajouter.

- Modalités d'administration : une pompe de contrôle de débit est indispensable.

- Il est préférable d'utiliser des perfusions discontinues.
- Une réévaluation 15 jours après l'initiation est recommandée.

- Effets indésirables :

- Complications liées au cathéter : infections, thromboses.
- Complications métaboliques : hyperglycémie, carences.
- Complications hépatiques : liées à la composition de la nutrition parentérale et à l'existence d'une pathologie hépatique sous-jacente ou co-existante. **Pour prévenir ces complications, le ratio lipides / glucides ne doit pas excéder 40/60. Les lipides ne doivent pas excéder 3,6 g/kg/jour et les glucides 5,7 g/kg/jour.** Eviter toute suralimentation.

- Surveillance :

- Bilan biologique :
 - Hebdomadaire : ionogramme sanguin, urée, créatinine, glycémie.
 - Mensuel : bilan hépatique.
- Poids.

- Aspect légal : la Nutrition Parentérale à Domicile (NPAD) est régie par l'arrêté du 16 juin 2014^S

« Pour être pris en charge, un forfait de nutrition parentérale à domicile (NPAD) doit remplir les conditions suivantes :

- La nutrition parentérale doit avoir débuté dans un établissement de santé et être bien tolérée ;

^S JORF n°0139 du 18 juin 2014 page 10046. Texte n° 20. ARRETE portant inscription des pompes externes programmables et prestations associées pour nutrition parentérale à domicile à la sous-section 4, section 5, chapitre 1er, titre 1er, et modification des prestations associées à la nutrition entérale à domicile au paragraphe 1, sous-section 2, section 5, chapitre 1er, titre 1er, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale. NOR: AFSS1413972A.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029099450&categorieLien=id>

- Elle doit être administrée par voie veineuse centrale à l'aide d'une pompe programmable avec alarme ; à domicile, il n'y a pas d'indication de nutrition parentérale administrée via une voie veineuse périphérique ;
- Elle doit être prescrite initialement pour une période de quatorze jours, une prescription d'une durée initiale de moins de quatorze jours n'est pas justifiée ;
- Elle doit être prescrite initialement par un médecin hospitalier public ou privé ;
- A l'issue de cette période de quatorze jours, la prescription initiale peut être renouvelée une fois par le médecin prescripteur initial. A l'issue de cette période initiale, d'une durée totale maximale de vingt-huit jours, toute nouvelle prescription doit être précédée d'une évaluation clinique et biologique. La prescription est alors de vingt-huit jours, renouvelable une fois, et doit être effectuée par le médecin prescripteur initial ;
- A la fin des douze semaines (84 jours) au total à partir de la prescription initiale, une nouvelle évaluation clinique et biologique doit être réalisée par le médecin prescripteur initial ;
- Si la durée prévisible de la NPAD est d'emblée supérieure ou égale à douze semaines, la prescription initiale et le suivi doivent être effectués directement par un centre expert. »

REFERENCES

1. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010 Aug 19;363(8):733–42.
2. Di Maio M, Basch E, Bryce J, Perrone F. Patient-reported outcomes in the evaluation of toxicity of anticancer treatments. *Nat Rev Clin Oncol*. 2016 May;13(5):319–25.
3. Basch E, Dueck AC, Rogak LJ, Mitchell SA, Minasian LM, Denicoff AM, et al. Feasibility of Implementing the Patient-Reported Outcomes Version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events in a Multicenter Trial: NCCTG N1048. *JCO*. 2018 Nov;36(31):3120–5.
4. Lorusso D, Bria E, Costantini A, Di Maio M, Rosti G, Mancuso A. Patients' perception of chemotherapy side effects: Expectations, doctor-patient communication and impact on quality of life - An Italian survey. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017 Mar;26(2).
5. Matzka M, Köck-Hódi S, Jahn P, Mayer H. Relationship among symptom clusters, quality of life, and treatment-specific optimism in patients with cancer. *Support Care Cancer*. 2018 Aug;26(8):2685–93.
6. Vidall C, Fernández-Ortega P, Cortinovis D, Jahn P, Amlani B, Scotté F. Impact and management of chemotherapy/radiotherapy-induced nausea and vomiting and the perceptual gap between oncologists/oncology nurses and patients: a cross-sectional multinational survey. *Support Care Cancer*. 2015 Nov;23(11):3297–305.
7. Durand JP, Madelaine I, Scotté F. [Guidelines for prophylaxis and treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting]. *Bull Cancer*. 2009 Oct;96(10):951–60.
8. Feyer P, Jordan K. Update and new trends in antiemetic therapy: the continuing need for novel therapies. *Ann Oncol*. 2011 Jan;22(1):30–8.
9. Dranitsaris G, Molassiotis A, Clemons M, Roeland E, Schwartzberg L, Dielenseger P, et al. The development of a prediction tool to identify cancer patients at high risk for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Ann Oncol*. 2017 Jun 1;28(6):1260–7.
10. Ahrari S, Chow R, Goodall S, DeAngelis C. Anticipatory nausea: current landscape and future directions. *Ann Palliat Med*. 2017 Jan;6(1):1–2.
11. Puri S, Hyland KA, Weiss KC, Bell GC, Gray JE, Kim R, et al. Prediction of chemotherapy-induced nausea and vomiting from patient-reported and genetic risk factors. *Support Care Cancer*. 2018 Aug;26(8):2911–8.
12. Karthaus M, Tibor C, Lorusso V, Singh-Arora R, Filippov A, Rizzi G, et al. Efficacy and safety of oral palonosetron compared with IV palonosetron administered with dexamethasone for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) in patients with solid tumors receiving cisplatin-based highly emetogenic chemotherapy (HEC). *Support Care Cancer*. 2015 Oct;23(10):2917–23.
13. Raftopoulos H, Cooper W, O'Boyle E, Gabrail N, Boccia R, Gralla RJ. Comparison of an extended-release formulation of granisetron (APF530) versus palonosetron for the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting associated with moderately or highly emetogenic chemotherapy: results of a prospective, randomized, double-blind, noninferiority phase 3 trial. *Support Care Cancer*. 2015 Mar;23(3):723–32.
14. Chua AV, Hernandez ARB, Real IO. Transdermal versus oral granisetron in controlling chemotherapy-induced nausea and vomiting: a meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2020 Dec;28(12):5611–9.
15. Okada Y, Oba K, Furukawa N, Kosaka Y, Okita K, Yuki S, et al. One-Day Versus Three-Day Dexamethasone in Combination with Palonosetron for the Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: A Systematic Review and Individual Patient Data-Based Meta-Analysis. *Oncologist*. 2019 Dec;24(12):1593–600.
16. Hesketh PJ, Kris MG, Basch E, Bohlke K, Barbour SY, Clark-Snow RA, et al. Antiemetics: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2020 Aug 20;38(24):2782–97.
17. VITAL-DURAND D. Guide pratique des médicaments Dorosz. 28th ed. 2009.
18. Saito H, Yoshizawa H, Yoshimori K, Katakami N, Katsumata N, Kawahara M, et al. Efficacy and safety of single-dose fosaprepitant in the prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients receiving high-dose cisplatin: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Ann Oncol*. 2013 Apr;24(4):1067–73.
19. Aapro MS, Walko CM. Aprepitant: drug-drug interactions in perspective. *Ann Oncol*. 2010 Dec;21(12):2316–23.
20. Zhang L, Lu S, Feng J, Dechaphunkul A, Chang J, Wang D, et al. A Randomized Phase 3 Study Evaluating the Efficacy of Single-dose NEPA, a Fixed Antiemetic Combination of Netupitant and Palonosetron, Versus an Aprepitant Regimen for Prevention of Chemotherapy-induced Nausea and Vomiting (CINV) in Patients Receiving Highly Emetogenic Chemotherapy (HEC). *Ann Oncol*. 2017 Oct 28;
21. Ito Y, Tsuda T, Minatogawa H, Kano S, Sakamaki K, Ando M, et al. Placebo-Controlled, Double-Blinded Phase III Study Comparing Dexamethasone on Day 1 With Dexamethasone on Days 1 to 3 With Combined Neurokinin-1 Receptor Antagonist and Palonosetron in High-Emetogenic Chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*. 2018 Apr;36(10):1000–6.
22. Botteman M, Nickel K, Corman S, Turini M, Binder G. Cost-effectiveness of a fixed combination of netupitant and palonosetron (NEPA) relative to aprepitant plus granisetron (APR + GRAN) for prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): a trial-based analysis. *Support Care Cancer*. 2020 Feb;28(2):857–66.
23. Fonte C, Fatigoni S, Roila F. A review of olanzapine as an antiemetic in chemotherapy-induced nausea and vomiting and in palliative care patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2015 Aug;95(2):214–21.
24. Navari RM, Qin R, Ruddy KJ, Liu H, Powell SF, Bajaj M, et al. Olanzapine for the Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. *N Engl J Med*. 2016 Jul 14;375(2):134–42.
25. Zhou JG, Huang L, Jin SH, Xu C, Frey B, Ma H, et al. Olanzapine combined with 5-hydroxytryptamine type 3 receptor antagonist (5-HT3 RA) plus dexamethasone for prevention and treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting in high and moderate emetogenic chemotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *ESMO Open*. 2020 Feb;5(1):e000621.
26. Hesketh PJ, Kris MG, Basch E, Bohlke K, Barbour SY, Clark-Snow RA, et al. Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2017 Oct 1;35(28):3240–61.
27. Herrstedt J, Roila F, Warr D, Celio L, Navari RM, Hesketh PJ, et al. 2016 Updated MASCC/ESMO Consensus Recommendations: Prevention of Nausea and Vomiting Following High Emetic Risk Chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2017 Jan;25(1):277–88.
28. Chow R, Valdez C, Chow N, Zhang D, Im J, Sodhi E, et al. Oral cannabinoid for the prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting-a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2020 May;28(5):2095–103.

29. Widgren Y, Enblom A. Emesis in patients receiving acupuncture, sham acupuncture or standard care during chemo-radiation: A randomized controlled study. *Complement Ther Med*. 2017 Oct;34:16–25.
30. Chen B, Guo Y, Zhao X, Gao LL, Li B, Zhao TY, et al. Efficacy differences of electroacupuncture with single acupoint or matching acupoints for chemotherapy-induced nausea and vomiting: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017 Oct 13;18(1):477.
31. Gao L, Chen B, Zhang Q, Zhao T, Li B, Sha T, et al. Acupuncture with different acupoint combinations for chemotherapy-induced nausea and vomiting: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Complement Altern Med*. 2016 Nov 8;16(1):441.
32. Li QW, Yu MW, Yang GW, Wang XM, Wang H, Zhang CX, et al. Effect of acupuncture in prevention and treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with advanced cancer: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017 20;18(1):185.
33. Roila F, Molassiotis A, Herrstedt J, Aapro M, Gralla RJ, Bruera E, et al. 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Ann Oncol*. 2016 Sep;27(suppl 5):v119–33.
34. Hesketh PJ, Bohlke K, Lyman GH, Basch E, Chesney M, Clark-Snow RA, et al. Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Focused Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2016 Feb 1;34(4):381–6.
35. Razvi Y, Chan S, McFarlane T, McKenzie E, Zaki P, DeAngelis C, et al. ASCO, NCCN, MASCC/ESMO: a comparison of antiemetic guidelines for the treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting in adult patients. *Support Care Cancer*. 2019 Jan;27(1):87–95.
36. Grunberg SM, Warr D, Gralla RJ, Rapoport BL, Hesketh PJ, Jordan K, et al. Evaluation of new antiemetic agents and definition of antineoplastic agent emetogenicity--state of the art. *Support Care Cancer*. 2011 Mar;19 Suppl 1:S43–47.
37. Aapro MS, Bohlius J, Cameron DA, Dal Lago L, Donnelly JP, Kearney N, et al. 2010 update of EORTC guidelines for the use of granulocyte-colony stimulating factor to reduce the incidence of chemotherapy-induced febrile neutropenia in adult patients with lymphoproliferative disorders and solid tumours. *Eur J Cancer*. 2011 Jan;47(1):8–32.
38. Crawford J, Caserta C, Roila F, ESMO Guidelines Working Group. Hematopoietic growth factors: ESMO Clinical Practice Guidelines for the applications. *Ann Oncol*. 2010 May;21 Suppl 5:v248–251.
39. Smith TJ, Bohlke K, Lyman GH, Carson KR, Crawford J, Cross SJ, et al. Recommendations for the Use of WBC Growth Factors: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*. 2015 Oct 1;33(28):3199–212.
40. Xu H, Gong Q, Vogl FD, Reiner M, Page JH. Risk factors for bone pain among patients with cancer receiving myelosuppressive chemotherapy and pegfilgrastim. *Support Care Cancer*. 2016 Feb;24(2):723–30.
41. Lyman GH, Dale DC, Wolff DA, Culakova E, Poniewierski MS, Kuderer NM, et al. Acute myeloid leukemia or myelodysplastic syndrome in randomized controlled clinical trials of cancer chemotherapy with granulocyte colony-stimulating factor: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2010 Jun 10;28(17):2914–24.
42. Klastersky J, de Naurois J, Rolston K, Rapoport B, Maschmeyer G, Aapro M, et al. Management of febrile neutropenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2016 Sep;27(suppl 5):v111–8.
43. Crawford J, Becker PS, Armitage JO, Blayney DW, Chavez J, Curtin P, et al. Myeloid Growth Factors, Version 2.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2017 Dec;15(12):1520–41.
44. Crawford J, Armitage J, Balducci L, Becker PS, Blayney DW, Cataland SR, et al. Myeloid growth factors. *J Natl Compr Canc Netw*. 2013 Oct 1;11(10):1266–90.
45. Smith TJ, Khatcheressian J, Lyman GH, Ozer H, Armitage JO, Balducci L, et al. 2006 update of recommendations for the use of white blood cell growth factors: an evidence-based clinical practice guideline. *J Clin Oncol*. 2006 Jul 1;24(19):3187–205.
46. Rapoport BL, Aapro M, Paesmans M, van Eeden R, Smit T, Krendyukov A, et al. Febrile neutropenia (FN) occurrence outside of clinical trials: occurrence and predictive factors in adult patients treated with chemotherapy and an expected moderate FN risk. Rationale and design of a real-world prospective, observational, multinational study. *BMC Cancer [Internet]*. 2018 Dec [cited 2019 Jan 2];18(1). Available from: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-018-4838-z>
47. Crawford J, Dale DC, Kuderer NM, Culakova E, Poniewierski MS, Wolff D, et al. Risk and timing of neutropenic events in adult cancer patients receiving chemotherapy: the results of a prospective nationwide study of oncology practice. *J Natl Compr Canc Netw*. 2008 Feb;6(2):109–18.
48. Bennett CL, Djulbegovic B, Norris LB, Armitage JO. Colony-stimulating factors for febrile neutropenia during cancer therapy. *N Engl J Med*. 2013 Mar 21;368(12):1131–9.
49. Crawford J, Dale DC, Kuderer NM, Culakova E, Poniewierski MS, Wolff D, et al. Risk and timing of neutropenic events in adult cancer patients receiving chemotherapy: the results of a prospective nationwide study of oncology practice. *J Natl Compr Canc Netw*. 2008 Feb;6(2):109–18.
50. Gridelli C, de Marinis F, Thomas M, Prabhaskar K, El Kouri C, Blackhall F, et al. Final efficacy and safety results of pemetrexed continuation maintenance therapy in the elderly from the PARAMOUNT phase III study. *J Thorac Oncol*. 2014 Jul;9(7):991–7.
51. Gridelli C, Brodowicz T, Langer CJ, Peterson P, Islam M, Guba SC, et al. Pemetrexed therapy in elderly patients with good performance status: analysis of two phase III trials of patients with nonsquamous non-small-cell lung cancer. *Clin Lung Cancer*. 2012 Sep;13(5):340–6.
52. Sheikh H, Colaco R, Lorigan P, Blackhall F, Califano R, Ashcroft L, et al. Use of G-CSF during concurrent chemotherapy and thoracic radiotherapy in patients with limited-stage small-cell lung cancer safety data from a phase II trial. *Lung Cancer*. 2011 Oct;74(1):75–9.
53. Taplit RA, Kennedy EB, Bow EJ, Crews J, Gleason C, Hawley DK, et al. Antimicrobial Prophylaxis for Adult Patients With Cancer-Related Immunosuppression: ASCO and IDSA Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*. 2018 Oct 20;36(30):3043–54.
54. Skoetz N, Bohlius J, Engert A, Monsef I, Blank O, Vehreschild JJ. Prophylactic antibiotics or G(M)-CSF for the prevention of infections and improvement of survival in cancer patients receiving myelotoxic chemotherapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Dec 21;(12):CD007107.
55. Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes Auvergne. Référentiel soins oncologiques de support. (consulté le 13/10/2011) [Internet]. 2010. Available from: <http://www.rrc-ra.fr/Ressources/referentiels/PRA-SOS-1012ANEMIE.pdf>
56. Campos MPO, Hassan BJ, Riechelmann R, Del Giglio A. Cancer-related fatigue: a practical review. *Ann Oncol*. 2011 Jun;22:1273–9.
57. Schrijvers D, De Samblanx H, Roila F, ESMO Guidelines Working Group. Erythropoiesis-stimulating agents in the treatment of anaemia in cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines for use. *Ann Oncol*. 2010 May;21 Suppl 5:v244–247.
58. Watkins T, Surowiecka MK, McCullough J. Transfusion indications for patients with cancer. *Cancer Control*. 2015 Jan;22(1):38–46.

59. Aapro M, Beguin Y, Bokemeyer C, Dicato M, Gascón P, Glaspy J, et al. Management of anaemia and iron deficiency in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018 Oct 1;29(Supplement_4):iv271.
60. Rizzo JD, Brouwers M, Hurley P, Seidenfeld J, Arcasoy MO, Spivak JL, et al. American Society of Clinical Oncology/American Society of Hematology clinical practice guideline update on the use of epoetin and darbepoetin in adult patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2010 Nov 20;28(33):4996–5010.
61. Tonia T, Mettler A, Robert N, Schwarzer G, Seidenfeld J, Weingart O, et al. Erythropoietin or darbepoetin for patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12:CD003407.
62. Grant MD, Piper M, Bohlius J, Tonia T, Robert N, Vats V, et al. Epoetin and Darbepoetin for Managing Anemia in Patients Undergoing Cancer Treatment: Comparative Effectiveness Update [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 [cited 2016 Jan 28]. (AHRQ Comparative Effectiveness Reviews). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143013/>
63. Mhaskar R, Wao H, Miladinovic B, Kumar A, Djulbegovic B. The role of iron in the management of chemotherapy-induced anemia in cancer patients receiving erythropoiesis-stimulating agents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Feb 4;2:CD009624.
64. Petrelli F, Borgonovo K, Cabiddu M, Lonati V, Barni S. Addition of iron to erythropoiesis-stimulating agents in cancer patients: a meta-analysis of randomized trials. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2012 Feb;138(2):179–87.
65. Pedrazzoli P, Farris A, Del Prete S, Del Gaizo F, Ferrari D, Bianchessi C, et al. Randomized trial of intravenous iron supplementation in patients with chemotherapy-related anemia without iron deficiency treated with darbepoetin alpha. *J Clin Oncol*. 2008 Apr 1;26(10):1619–25.
66. Steensma DP, Sloan JA, Dakhil SR, Dalton R, Kahanic SP, Prager DJ, et al. Phase III, randomized study of the effects of parenteral iron, oral iron, or no iron supplementation on the erythropoietic response to darbepoetin alfa for patients with chemotherapy-associated anemia. *J Clin Oncol*. 2011 Jan 1;29(1):97–105.
67. Canon JL, Vansteenkiste J, Hedenus M, Gascon P, Bokemeyer C, Ludwig H, et al. Transfusion risk in cancer patients with chemotherapy-induced anemia when initiating darbepoetin alfa therapy at a baseline hemoglobin level of <9 g/dL versus 9 to <10 g/dL versus ≥ 10 g/dL: an exploratory analysis of a phase 3 trial. *Med Oncol*. 2012 Sep;29(3):2291–9.
68. Pirker R, Hedenus M, Vansteenkiste J, Hernandez E, Belton L, Terwey JH. Effectiveness of Darbepoetin Alfa for Chemotherapy-induced Anemia When Initiated at Hemoglobin ≤10 g/dL. *Clin Ther*. 2016 Jan 1;38(1):122–135.e6.
69. Kenney B, Stack G. Drug-induced thrombocytopenia. *Arch Pathol Lab Med*. 2009 Feb;133(2):309–14.
70. Schiffer CA, Bohlke K, Delaney M, Hume H, Magdalinski AJ, McCullough JJ, et al. Platelet Transfusion for Patients With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2018 Jan 20;36(3):283–99.
71. Slichter SJ. Evidence-based platelet transfusion guidelines. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2007;172–8.
72. Liumbruno G, Bennardello F, Lattanzio A, Piccoli P, Rossetti G, Italian Society of Transfusion Medicine and Immunohaematology (SIMTI) Work Group. Recommendations for the transfusion of plasma and platelets. *Blood Transfus*. 2009 Apr;7(2):132–50.
73. Trüeb RM. Chemotherapy-induced alopecia. *Semin Cutan Med Surg*. 2009 Mar;28(1):11–4.
74. Institut National du Cancer. Traitements du cancer et chute de cheveux [Internet]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/content/download/63520/571469/file/Traitement-du-cancer-et-chute-des-cheveux.pdf>
75. Shin H, Jo SJ, Kim DH, Kwon O, Myung SK. Efficacy of interventions for prevention of chemotherapy-induced alopecia: a systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer*. 2015 Mar 1;136(5):E442–454.
76. Perez-Soler R, Cappuzzo F, Leon L, Wojtowicz-Prag S. Time course of skin toxicity (tox) secondary to erlotinib (E) therapy in patients (pts) with non-small cell lung cancer (NSCLC) enrolled in the SATURN study. *J Clin Oncol*. 29(15).
77. Joshi SS, Ortiz S, Witherspoon JN, Rademaker A, West DP, Anderson R, et al. Effects of epidermal growth factor receptor inhibitor-induced dermatologic toxicities on quality of life. *Cancer*. 2010 Aug 15;116(16):3916–23.
78. Lacouture ME, Anadkat MJ, Bensadoun RJ, Bryce J, Chan A, Epstein JB, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of EGFR inhibitor-associated dermatologic toxicities. *Support Care Cancer*. 2011 Aug;19(8):1079–95.
79. Bachet JB, Peuvrel L, Bachmeyer C, Reguiai Z, Gourraud PA, Bouché O, et al. Folliculitis induced by EGFR inhibitors, preventive and curative efficacy of tetracyclines in the management and incidence rates according to the type of EGFR inhibitor administered: a systematic literature review. *Oncologist*. 2012;17(4):555–68.
80. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005 Mar;114(1–2):29–36.
81. Kerckhove N, Collin A, Condé S, Chaleteix C, Pezet D, Balayssac D. Long-Term Effects, Pathophysiological Mechanisms, and Risk Factors of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathies: A Comprehensive Literature Review. *Front Pharmacol*. 2017;8:86.
82. Cioroiu C, Weimer LH. Update on Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2017 Jun;17(6):47.
83. Loprinzi CL, Lacchetti C, Bleeker J, Cavaletti G, Chauhan C, Hertz DL, et al. Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Survivors of Adult Cancers: ASCO Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2020 Oct 1;38(28):3325–48.
84. Hershman DL, Unger JM, Crew KD, Minasian LM, Awad D, Moinpour CM, et al. Randomized double-blind placebo-controlled trial of acetyl-L-carnitine for the prevention of taxane-induced neuropathy in women undergoing adjuvant breast cancer therapy. *J Clin Oncol*. 2013 Jul 10;31(20):2627–33.
85. Leal AD, Qin R, Atherton PJ, Haluska P, Behrens RJ, Tiber CH, et al. North Central Cancer Treatment Group/Alliance trial N08CA-the use of glutathione for prevention of paclitaxel/carboplatin-induced peripheral neuropathy: a phase 3 randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cancer*. 2014 Jun 15;120(12):1890–7.
86. Seretny M, Colvin L, Fallon M. Therapy for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *JAMA*. 2013 Aug 7;310(5):537–8.
87. Smith EML, Pang H. Therapy for chemotherapy-induced peripheral neuropathy--in reply. *JAMA*. 2013 Aug 7;310(5):538.
88. Smith EML, Pang H, Cirrincione C, Fleishman S, Paskett ED, Ahles T, et al. Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2013 Apr 3;309(13):1359–67.
89. Farshchian N, Alavi A, Heydarheydari S, Moradian N. Comparative study of the effects of venlafaxine and duloxetine on chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Cancer Chemother Pharmacol*. 2018 Nov;82(5):787–93.
90. Kleckner IR, Kamen C, Gewandter JS, Mohile NA, Heckler CE, Culakova E, et al. Effects of exercise during chemotherapy on chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a multicenter, randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2018 Apr;26(4):1019–28.

91. Oldervoll LM, Loge JH, Lydersen S, Paltiel H, Asp MB, Nygaard UV, et al. Physical exercise for cancer patients with advanced disease: a randomized controlled trial. *Oncologist*. 2011;16(11):1649–57.
92. Steindorf K, Schmidt ME, Klassen O, Ulrich CM, Oelmann J, Habermann N, et al. Randomized, controlled trial of resistance training in breast cancer patients receiving adjuvant radiotherapy: results on cancer-related fatigue and quality of life. *Ann Oncol*. 2014 Nov;25(11):2237–43.
93. Cavalheri V, Tahirah F, Nonoyama M, Jenkins S, Hill K. Exercise training for people following lung resection for non-small cell lung cancer - a Cochrane systematic review. *Cancer Treat Rev*. 2014 May;40(4):585–94.
94. Granger CL, McDonald CF, Berney S, Chao C, Denehy L. Exercise intervention to improve exercise capacity and health related quality of life for patients with Non-small cell lung cancer: a systematic review. *Lung Cancer*. 2011 May;72(2):139–53.
95. Jones LW, Hornsby WE, Goetzing A, Forbes LM, Sherrard EL, Quist M, et al. Prognostic significance of functional capacity and exercise behavior in patients with metastatic non-small cell lung cancer. *Lung Cancer*. 2012 May;76(2):248–52.
96. Salakari MRJ, Surakka T, Nurminen R, Pykkänen L. Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: a systematic review. *Acta Oncol*. 2015 May;54(5):618–28.
97. Hwang CL, Yu CJ, Shih JY, Yang PC, Wu YT. Effects of exercise training on exercise capacity in patients with non-small cell lung cancer receiving targeted therapy. *Support Care Cancer*. 2012 Dec;20(12):3169–77.
98. Gyan E, Raynard B, Durand JP, Lacau Saint Guily J, Gouy S, Movschin ML, et al. Malnutrition in Patients With Cancer: Comparison of Perceptions by Patients, Relatives, and Physicians-Results of the NutriCancer2012 Study. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2018 Jan;42(1):255–60.
99. Senesse P, Bachmann P, Bensadoun RJ, Besnard I, Bourdel-Marchasson I, Bouteloup C, et al. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : textes courts. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2012 Dec;26(4):151–8.
100. Xará S, Amaral TF, Parente B. [Undernutrition and quality of life in non small cell lung cancer patients]. *Rev Port Pneumol*. 2011 Aug;17(4):153–8.
101. Ross PJ, Ashley S, Norton A, Priest K, Waters JS, Eisen T, et al. Do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for lung cancers? *Br J Cancer*. 2004 May 17;90(10):1905–11.
102. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clin Nutr*. 2017 Oct;36(5):1187–96.
103. Thibault R, Goujon N, Le Gall E, Clairand R, Sébille V, Vibert J, et al. Use of 10-point analogue scales to estimate dietary intake: a prospective study in patients nutritionally at-risk. *Clin Nutr*. 2009 Apr;28(2):134–40.
104. Bauer J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *Eur J Clin Nutr*. 2002 Aug;56(8):779–85.
105. Chambrier C, Szark F, Société Francophone de nutrition clinique et métabolisme (SFNEP), Société française d'anesthésie et réanimation (SFAR). French clinical guidelines on perioperative nutrition. Update of the 1994 consensus conference on perioperative artificial nutrition for elective surgery in adults. *J Visc Surg*. 2012 Oct;149(5):e325–336.
106. Crandall K, Maguire R, Campbell A, Kearney N. Exercise intervention for patients surgically treated for Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC): a systematic review. *Surg Oncol*. 2014 Mar;23(1):17–30.
107. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, Fearon K, Muscaritoli M, Selga G, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Non-surgical oncology. *Clin Nutr*. 2006 Apr;25(2):245–59.
108. Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11:CD006145.
109. Quilliot D, Michot N, Germain L, Krier J, Lopez A, Bresler L, et al. Feasibility, acceptability of enteral tube feeding and self-insertion of a nasogastric tube in the nutritional management of digestive cancers, impact on quality of life. *Clin Nutr*. 2020 Jun;39(6):1785–92.
110. Wouters Y, Theilla M, Singer P, Tribler S, Jeppesen PB, Pironi L, et al. Randomised clinical trial: 2% tauridine versus 0.9% saline locking in patients on home parenteral nutrition. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018 Aug;48(4):410–22.
111. Spasovski G, Vanholder R, Allolio B, Annane D, Ball S, Bichet D, et al. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. *Nephrol Dial Transplant*. 2014 Apr;29 Suppl 2:i1–39.
112. Gralla RJ, Ahmad F, Blais JD, Chiodo J, Zhou W, Glaser LA, et al. Tolvaptan use in cancer patients with hyponatremia due to the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone: a post hoc analysis of the SALT-1 and SALT-2 trials. *Cancer Med*. 2017 Apr;6(4):723–9.
113. Verbalis JG, Goldsmith SR, Greenberg A, Korzelius C, Schrier RW, Sterns RH, et al. Diagnosis, evaluation, and treatment of hyponatremia: expert panel recommendations. *Am J Med*. 2013 Oct;126(10 Suppl 1):S1–42.
114. Mackall CL. T-cell immunodeficiency following cytotoxic antineoplastic therapy: a review. *Stem Cells*. 2000;18(1):10–8.
115. Spagnolo F, Boutros A, Croce E, Cecchi F, Arecco L, Tanda E, et al. Influenza vaccination in cancer patients receiving immune checkpoint inhibitors: A systematic review. *Eur J Clin Invest*. 2021 Jul;51(7):e13604.
116. Desage AL, Boulefour W, Rivoirard R, Magne N, Collard O, Fournel P, et al. Vaccination and Immune Checkpoint Inhibitors: Does Vaccination Increase the Risk of Immune-related Adverse Events? A Systematic Review of Literature. *Am J Clin Oncol*. 2021 Mar 1;44(3):109–13.
117. Corti C, Antonarelli G, Scotté F, Spano JP, Barrière J, Michot JM, et al. Seroconversion rate after vaccination against COVID-19 in cancer patients-a systematic review. *Ann Oncol*. 2021 Oct 28;S0923-7534(21)04550-6.
118. Widman AJ, Cohen B, Park V, McClure T, Wolchok J, Kamboj M. Immune-Related Adverse Events Among COVID-19-Vaccinated Patients With Cancer Receiving Immune Checkpoint Blockade. *J Natl Compr Canc Netw*. 2022 Oct;20(10):1134–8.
119. Yang W, Zhang D, Li Z, Zhang K. Predictors of poor serologic response to COVID-19 vaccine in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer*. 2022 Sep;172:41–50.
120. Mei Q, Hu G, Yang Y, Liu B, Yin J, Li M, et al. Impact of COVID-19 vaccination on the use of PD-1 inhibitor in treating patients with cancer: a real-world study. *J Immunother Cancer*. 2022 Mar;10(3):e004157.
121. Tougeron D, Hentzien M, Seitz-Polski B, Bani-Sadr F, Bourhis J, Ducreux M, et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccination for patients with solid cancer: Review and point of view of a French oncology intergroup (GCO, TNCD, UNICANCER). *Eur J Cancer*. 2021 Jun;150:232–9.
122. Gauci ML, Coutzac C, Houot R, Marabelle A, Lebbé C, FITC. SARS-CoV-2 vaccines for cancer patients treated with immunotherapies: Recommendations from the French society for Immunotherapy of Cancer (FITC). *Eur J Cancer*. 2021 May;148:121–3.

123. Haanen JBAG, Carbone F, Robert C, Kerr KM, Peters S, Larkin J, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Annals of Oncology*. 2017 Jul;28(suppl_4):iv119–42.
124. Champiat S, Lambotte O, Barreau E, Belkhir R, Berdelou A, Carbone F, et al. Management of immune checkpoint blockade dysimmune toxicities: a collaborative position paper. *Annals of Oncology*. 2016 Apr;27(4):559–74.
125. Sgambato A, Casaluze F, Sacco PC, Palazzolo G, Maione P, Rossi A, et al. Anti PD-1 and PDL-1 Immunotherapy in the Treatment of Advanced Non- Small Cell Lung Cancer (NSCLC): A Review on Toxicity Profile and its Management. *Curr Drug Saf*. 2016;11(1):62–8.
126. Naidoo J, Wang X, Woo KM, Iyriboz T, Halpenny D, Cunningham J, et al. Pneumonitis in Patients Treated With Anti-Programmed Death-1/Programmed Death Ligand 1 Therapy. *J Clin Oncol*. 2017 Mar;35(7):709–17.
127. Delaunay M, Cadranet J, Lusque A, Meyer N, Gounant V, Moro-Sibilot D, et al. Immune-checkpoint inhibitors associated with interstitial lung disease in cancer patients. *Eur Respir J*. 2017;50(2).
128. Brahmer JR, Lacchetti C, Schneider BJ, Atkins MB, Brassil KJ, Caterino JM, et al. Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 2018 10;36(17):1714–68.
129. Castinetti F, Albarel F, Archambeaud F, Bertherat J, Bouillet B, Buffier P, et al. Endocrine side-effects of new anticancer therapies: Overall monitoring and conclusions. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2018 Oct;79(5):591–5.
130. Horn L, Spigel DR, Vokes EE, Holgado E, Ready N, Steins M, et al. Nivolumab Versus Docetaxel in Previously Treated Patients With Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer: Two-Year Outcomes From Two Randomized, Open-Label, Phase III Trials (CheckMate 017 and CheckMate 057). *J Clin Oncol*. 2017 Dec 10;35(35):3924–33.
131. Haanen JB a. G, Carbone F, Robert C, Kerr KM, Peters S, Larkin J, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2018 01;29(Suppl 4):iv264–6.
132. World Health Organization. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019 [Internet]. WHO; 2019 [cited 2019 Jun 11]. Available from: <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/en/>
133. Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Use of Alternative Medicine for Cancer and Its Impact on Survival. *J Natl Cancer Inst*. 2018 01;110(1).
134. Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Complementary Medicine, Refusal of Conventional Cancer Therapy, and Survival Among Patients With Curable Cancers. *JAMA Oncol*. 2018 01;4(10):1375–81.
135. Witt CM, Balneaves LG, Cardoso MJ, Cohen L, Greenlee H, Johnstone P, et al. A Comprehensive Definition for Integrative Oncology. *J Natl Cancer Inst Monographs*. 2017 01;2017(52).
136. Le Rhun E, Devos P, Bourg V, Darlix A, Lorgis V, Ahle G, et al. Complementary and alternative medicine use in glioma patients in France. *J Neurooncol*. 2019 Oct 21;
137. Gras M, Vallard A, Brosse C, Beneton A, Sotton S, Guyotat D, et al. Use of Complementary and Alternative Medicines among Cancer Patients: A Single-Center Study. *Oncology*. 2019;97(1):18–25.
138. Rossanally Vasram R, Zysman M, Ribeiro Baptista B, Ederle C, Nguyen-Thi PL, Clement-Duchene C, et al. [Complementary and alternative medicine use by lung cancer patients]. *Rev Pneumol Clin*. 2017 Sep;73(4):172–9.
139. Saghatian M, Bihan C, Chenailler C, Mazouni C, Dauchy S, Delalogue S. Exploring frontiers: use of complementary and alternative medicine among patients with early-stage breast cancer. *Breast*. 2014 Jun;23(3):279–85.
140. Simon L, Prebay D, Beretz A, Bagot JL, Lobstein A, Rubinstein I, et al. [Complementary and alternative medicines taken by cancer patients]. *Bull Cancer*. 2007 May;94(5):483–8.
141. Ninot G, Boulze-Launay I, Bourrel G, Gézazime A, Guerdoux-Ninot E, Lognos B, et al. De la définition des interventions non médicamenteuses à leur ontologie. HEGEL [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 8];(1). Available from: <http://hdl.handle.net/2042/65114>
142. Murat-Ringot A, Preau M, Piriou V. [Complementary and alternative medicine in cancer patients and randomized controlled trials]. *Bull Cancer*. 2021 Jan;108(1):102–16.
143. Bontoux D, Couturier D, Menkès CJ, au nom d'un groupe de travail de la commission XV. THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins [Internet]. Académie Nationale de médecine; 2013 Mar [cited 2019 Nov 8]. Available from: <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>
144. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin*. 2017 06;67(3):194–232.
145. Mastroianni B, Lochmann M, Girodet M, Blay JY, Christophe V, Chvetzoff G. [Integrative oncology: Report and place for a dedicated consultation in a comprehensive cancer center]. *Bull Cancer*. 2022 Dec;109(12):1308–14.
146. Staun M, Pironi L, Bozzetti F, Baxter J, Forbes A, Joly F, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: home parenteral nutrition (HPN) in adult patients. *Clin Nutr*. 2009 Aug;28(4):467–79.
147. Bozzetti F, Arends J, Lundholm K, Micklewright A, Zurcher G, Muscaritoli M, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: non-surgical oncology. *Clin Nutr*. 2009 Aug;28(4):445–54.
148. Cozzaglio L, Balzola F, Cosentino F, DeCicco M, Fellagara P, Gaggiotti G, et al. Outcome of cancer patients receiving home parenteral nutrition. Italian Society of Parenteral and Enteral Nutrition (S.I.N.P.E.). *JPN J Parenter Enteral Nutr*. 1997 Dec;21(6):339–42.

DECLARATION DES LIENS D'INTERETS

Les personnes ci-dessous ont déclaré des liens d'intérêt en oncologie thoracique pour des participations à des congrès, séminaires ou formations ; des bourses ou autre financement ; des rémunérations personnelles ; des intéressements ; ou tout autre lien pertinent dans les 3 dernières années :

ARPIN D: BMS, D Medica, MSD, Takeda, Roche, AstraZeneca, Takeda.
AUDIGIER-VALETTE C: Roche, Abbvie, BMS, MSD, Takeda, AstraZeneca, Lilly, Amgen, Janssen, Sanofi, Pfizer, Gilead.
AVRILLON : Pfizer, AstraZeneca
BAYCE BLEUEZ S: Roche, Amgen, Sanofi, BMS.
BENZAQUEN J: AstraZeneca, Sanofi.
BERBARDI M : AstraZeneca, BMS, Roche
BOMBARON P : Sanofi, Janssen BMS.
COURAUD S. : Amgen, Astra Zeneca, BMS, Boehringer, Chugai, Laidet, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sysmex Innostics, Takeda, Sanofi, Cellgene, Jansen, Fabentech, MaaT Pharma, IPSEN, BD, Transdiag, Volition.
DARRASON M : Astra Zeneca, BMS, CCC.
DECROISSETTE C : BMS, MSD, Takeda, AstraZeneca, Sanofi, Pfizer, Amgen, Janssen, Roche.
DREVET G : AstraZeneca
DURUISSEAU M : BMS, MSD, Roche, Takeda, Pfizer, AstraZeneca, Novartis, Amgen, Janssen, Boehringer, Merus, GSK, Lilly, Nanostring, Guardant.
FALCHERO L: Amgen, Roche, AstraZeneca, MSD, BMS, Mirati, GSK, Chiesi.
FOURNEL P. : Amgen, BMS, MSD, AstraZeneca, Takeda, Janssen.
FRAISSE C: AstraZeneca, MSD.
KIAKOUAMA L: GSK, Sanofi, Chiesi.
LARIVE S: AstraZeneca
LE BON M: BMS
LELEU O: AstraZeneca, BMS, France Oxygène,
LE PECHOUX C: AstraZeneca, Roche, BMS, Janssen.
LOCATELLI SANCHEZ M: BMS, AstraZeneca, Boehringer, Takeda, Menarini, Pfizer, Bastide
LUCHEZ A : Roche, Boehringer, AstraZeneca, SPLF
MARTEL LAFFAY I: AstraZeneca, BMS, MSD.
MASTROIANNI B: Amgen, Roche, BMS, AstraZeneca, Viatris, Novartis, Merck, Lilly, Takeda, Laroche Posay, Daichy
MERLE P: MSD, Lilly, BMS, Sanofi.
MORO-SIBLOT D: Roche, Pfizer, Lilly, MSD, BMS, Takeda, AstraZeneca, Novartis, Amgen, Boehringer, Abbvie, Sanofi.
MUSSOT S: Peters, Astellas, Ethicon
NAKAD A: BMS
ODIER L: Pfizer.
PAULUS V: Roche, BMS, Pfizer, Amgen.
PATOIR A.: AstraZeneca
PEROL M: Lilly, Roche, MSD, BMS, AstraZeneca, GSK, Sanofi, Illumina, Gristone, Anheart, Pfizer, Takeda, Boehringer, Janssen, Ipsen, Esai, Amgen.
PIERRET T : Pfizer, BMS, Janssen, Takeda, Ipsen.
ROMANS P : Janssen, Sanofi.
SAKHRI L : Sos oxygène, Agiradom
SOUQUET P-J: Amgen, AstraZeneca, MSD, BMS, Pfizer, Novartis, Roche, Takeda, Bayer, Leopharma, Sandoz, Viatris.
SWALDUZ A: BMS, Lilly, Pfizer, Roche, Boehringer, AstraZeneca, Janssen, Amgen, Ipsen, Sanofi.
TABUTIN M: AstraZeneca
TAVIOT B: Ellivie, BMS.
TIFFET O: Europrism MedExpert
TISSOT C: BMS, Sandoz, AstraZeneca, MSD, Roche.
TOFFART AC: Roche, MSD, BMS, AstraZeneca, Nutricia, Amgen, Takeda, Pfizer.
TRONC F: AstraZeneca
WALTER T: Ipsen, Novartis, Roche, MSD, BMS, Servier, Terumo.
WATKIN E : AstraZeneca, MSD.

Les autres participants et membres des groupes de travail n'ont déclaré aucun lien d'intérêt en oncologie thoracique.
Aucun participant ou membre d'un groupe de travail n'a rapporté de lien d'intérêt avec l'industrie du tabac.

MENTIONS LEGALES & LICENCE

La réunion de mise à jour des référentiels (édition 2023) a été organisée par l'Association de Recherche d'Information Scientifique et Thérapeutique en Oncologie Thoracique (ARISTOT).

Les partenaires institutionnels 2023 d'ARISTOT sont : **Astra Zeneca, Amgen, Chugai, Janssens, Lilly, MSD, Pfizer, Sanofi, et Takeda.**

Les référentiels en oncologie thoracique Auvergne-Rhône-Alpes 2023 sont coordonnés et mis en forme par Sébastien Couraud, assisté de Mme Christelle Chastand. Ils sont édités par ARISTOT qui en est le propriétaire exclusif (y compris des versions antérieures). Ils sont diffusés à titre gratuit par le(s) partenaire(s) dûment autorisé(s) et mandaté(s) par ARISTOT.

Pour citer le référentiel :

 Etienne-Mastroianni B, Fontaine-Delaruelle C, Paulus V, Pierret T et le comité de rédaction des référentiels Auvergne Rhône-Alpes en oncologie thoracique. Référentiel sur les Soins de Support : actualisation 2023. ARISTOT ; 2023. Accessible sur <http://referentiels-aristot.com/>

 Etienne-Mastroianni B, Fontaine-Delaruelle C, Paulus V, Pierret T on behalf of the editing committee of Auvergne Rhône-Alpes Guidelines in Thoracic Oncology. [Guidelines on Supportive Care in Lung Cancers: 2023 Update]. ARISTOT; 2023 [French], Available from <http://referentiels-aristot.com/>

Licence :



Cette œuvre est mise à disposition sous licence CC BY-NC-ND 4.0 :
Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

-Avertissement-

Ceci est un résumé (et non pas un substitut) de la licence.

Vous êtes autorisé à :

- Partager — copier, distribuer et communiquer le matériel par tous moyens et sous tous formats
- L'Offrant ne peut retirer les autorisations concédées par la licence tant que vous appliquez les termes de cette licence.

Selon les conditions suivantes :

- Attribution — Vous devez créditer l'Œuvre, intégrer un lien vers la licence et indiquer si des modifications ont été effectuées à l'Œuvre. Vous devez indiquer ces informations par tous les moyens raisonnables, sans toutefois suggérer que l'Offrant vous soutient ou soutient la façon dont vous avez utilisé son Œuvre.
- Pas d'Utilisation Commerciale — Vous n'êtes pas autorisé à faire un usage commercial de cette Œuvre, tout ou partie du matériel la composant.
- Pas de modifications — Dans le cas où vous effectuez un remix, que vous transformez, ou créez à partir du matériel composant l'Œuvre originale, vous n'êtes pas autorisé à distribuer ou mettre à disposition l'Œuvre modifiée.
- Pas de restrictions complémentaires — Vous n'êtes pas autorisé à appliquer des conditions légales ou des mesures techniques qui restreindraient légalement autrui à utiliser l'Œuvre dans les conditions décrites par la licence.

Pour voir une copie de cette licence, visitez <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> ou écrivez à Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Pour toute demande d'utilisation commerciale ou de modification, veuillez contacter :

Association ARISTOT
Service de Pneumologie Aiguë et Cancérologie Thoracique
Hôpital Lyon Sud
165 Chemin du Grand Revoyet
69495 Pierre Bénite CEDEX

Une édition

