



**L'annonce du diagnostic en cancérologie :
expérience du service de radiothérapie et mise en
place d'un dispositif d'annonce au CHU Hassan II**

Mémoire présenté par

Docteur AMRANI JOUTEI Sarah

POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE SPÉCIALITÉ EN MÉDECINE

Option : RADIOTHERAPIE- ONCOLOGIE

Sous la direction du Professeur : BOUHAFI TOURIA

co-encadrant : KHALFI Samia

Dr. Touria BOUHAFI
Professeure
Ophtalmologie
INPE : 14116811

Session Juin 2024

SOMMAIRE

Chapitre I :

I – Introduction	3
II – Matériel et méthodes	9
III – Résultats et états des lieux	13
IV – Discussion.....	23

Chapitre II :

Recommandations	26
Historique de l'annonce	27
Recommandations	28
A – la consultation programmée.....	29
B – Rôle de l'infirmière de coordination	33
C – Rôle du psychologue.....	34
D – Rôle du nutritionniste	35
E – Rôle de l'assistante sociale	36
Considérations étiques.....	40
A – Particularités du sujet âgé	40
B – Particularités de l'enfant et de l'adolescent	41
C – Annonce diagnostic et contexte religieux	41

Chapitre III : Exemples de Programmes personnalisés de soin

- Cancer du Sein	43
- Cancer du Col.....	51
- Glioblastome	64
- Cancers de la sphère ORL	68
Conclusion.....	81
Annexes	83
Bibliographie.....	90
RESUME.....	93

INTRODUCTION

L'annonce d'un diagnostic de cancer est une étape cruciale dans le parcours de soins d'un patient. Cette annonce est souvent perçue comme une nouvelle bouleversante, évoquant des images de souffrance et de traitement long et difficile, parfois même de mort. La réaction initiale du patient peut rendre difficile l'assimilation des informations communiquées par le médecin lors de la consultation. Par la suite, le patient peut traverser différentes phases de réactions psychologiques, modifiant sa demande d'information et d'accompagnement. C'est à ce moment-là qu'il devient essentiel de fournir une information adaptée, progressive et respectueuse du patient, de ses besoins et de ses ressources. Une information bien vécue et comprise facilitera l'adhésion du patient aux propositions de soins et l'aidera à développer des stratégies d'adaptation à la maladie.

L'annonce du diagnostic, en tant que première étape du parcours de soins, revêt une importance primordiale. L'histoire médicale, le vécu personnel et le statut social du patient ont une influence majeure, et les soignants doivent l'explorer non pas seulement à travers une anamnèse, mais également à travers une compréhension de la biographie du patient. De manière générale, le médecin doit établir une relation qui permette au patient d'exprimer ses croyances et ses connaissances.

Selon la littérature, entre 25 et 40 % des patients atteints de cancer développent un trouble affectif dans l'année qui suit leur diagnostic. Cependant, il est important de noter que cette détresse psychologique est souvent considérée comme une étape nécessaire d'adaptation à la maladie et aux traitements. Elle tend à diminuer progressivement après les premiers traitements, au fur et à mesure que le patient trouve de nouveaux repères concernant la prise en charge médicale, les soins et la vie quotidienne. Il est donc primordial de prendre en compte cette détresse

psychologique dès l'annonce de la maladie, bien que son évaluation soit complexe en raison de sa nature évolutive. Dans ces moments de crise pour le patient, il est essentiel pour les professionnels de la santé, chacun dans son domaine de compétence, de créer un espace de parole où le patient peut exprimer ses sentiments et ses préoccupations liés à la maladie.

En France, la mise en place du dispositif d'annonce en cancérologie découle de la Mesure 40 du Plan cancer 2003–2007, en réponse à la demande des patients et de leurs proches lors des états généraux du cancer organisés par la Ligue nationale contre le cancer en 1998 et 2000. Ce dispositif vise à améliorer les conditions d'annonce du diagnostic de cancer, qu'il s'agisse d'un diagnostic initial confirmé ou d'une rechute. Il met l'accent sur une approche centrée sur le patient, structurant ainsi son entrée dans la maladie et son parcours de soins. Les recommandations de l'Institut national du cancer (INCa) définissent un dispositif d'annonce en quatre temps : une annonce médicale du diagnostic et du traitement avec la remise d'un programme personnalisé de soins, un temps dédié à l'annonce par les soignants, une orientation vers les professionnels des soins de support si nécessaire, et un cadre d'articulation avec la médecine de ville [1].

En tant que professionnels de la santé, il est de notre devoir de fournir un soutien empathique, de transmettre des informations claires et précises, tout en préservant la dignité et le bien-être du patient.

Ce mémoire se propose d'explorer en profondeur les différents aspects de l'annonce d'un diagnostic en oncologie. Il mettra en évidence les défis psychologiques, éthiques et communicationnels auxquels sont confrontés les professionnels de la

santé dans cette situation. Pour ce faire, une étude a été menée dans le service d'oncologie–radiothérapie du CHU Hassan II de Fès quant aux besoins et ressentis des patients de notre service. A parti de là, on proposera des pistes d'amélioration des pratiques actuelles afin d'optimiser cette annonce et d'améliorer l'expérience des patients.

Dans un premier temps, nous examinerons l'impact émotionnel de l'annonce d'un diagnostic en oncologie sur le patient et son entourage. Nous aborderons les réactions psychologiques courantes, telles que la peur, l'anxiété, la tristesse, ainsi que les mécanismes de défense mis en place par les patients pour faire face à cette nouvelle réalité. Nous examinerons également l'importance d'un soutien psychologique adéquat pour aider les patients à traverser cette période difficile.

Ensuite, nous proposerons des recommandations liées à l'annonce d'un diagnostic en oncologie. Nous discuterons de la nécessité de respecter l'autonomie du patient tout en veillant à son bien-être émotionnel. Nous explorerons également les dilemmes éthiques auxquels sont confrontés les professionnels de la santé lorsqu'il s'agit de communiquer des informations sur le pronostic ou les options de traitement.

Nous nous intéresserons à l'importance de la communication dans l'annonce d'un diagnostic en oncologie. Nous examinerons les compétences communicationnelles nécessaires pour transmettre des informations complexes de manière compréhensible et empathique. Nous aborderons également l'importance de la communication interprofessionnelle pour assurer une approche globale et coordonnée du patient.

Enfin, nous proposerons des exemples de plans personnalisés de soins adaptés à chaque pathologie en français et en arabe, afin d'être les plus aptes possible à transmettre l'information en termes compréhensibles par tous au patient et qu'il puisse avoir la possibilité de retrouver ces informations à n'importe quel moment.

En conclusion, ce travail vise à approfondir notre compréhension des défis humains et médicaux liés à l'annonce d'un diagnostic en oncologie. En mettant en évidence les aspects émotionnels, éthiques et communicationnels de cette étape cruciale, nous espérons contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et à l'amélioration de l'expérience des patients atteints de cancer.

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un projet de recherche (709/20) financé par l'institut de recherche sur le cancer.

1^{er} Objectif :

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le ressenti des patients vis-à-vis à l'annonce du diagnostic du cancer.

2^{ème} Objectif :

- Analyser et déterminer les besoins de notre population vis-à-vis de l'annonce du diagnostic.
- Mise en place d'un dispositif d'annonce adapté à ces besoins.

MATERIEL ET METHODES

Une étude de cohorte prospective monocentrique a été réalisée. Tous les patients nouvellement diagnostiqués d'une maladie cancéreuse (âgés de 18 ans et plus) pris en charge à l'hôpital universitaire Hassan II de Fès, ayant donné leurs consentement écrit et informé pour participer, ont été inclus.

1. Lieu et période d'étude :

Patients atteints de cancer nouvellement diagnostiqués au CHU Hassan II de Fès à partir du mois d'Avril 2020 et jusqu'à Avril 2021.

2. Modalités d'inclusion des malades:

Une demande d'accord des directeurs d'établissements et des chefs de service sélectionnés pour la réalisation de l'étude sera faite. Les médecins désignés comme réalisant des annonces de cancer seront également sollicités pour participer à l'étude.

Pour chaque malade, le médecin ayant accepté de collaborer à l'étude va proposer au cours de la consultation d'annonce de participer à une étude destinée à identifier ses attentes et son ressenti par rapport l'annonce du diagnostic. Si le patient est d'accord pour répondre à l'enquête, le médecin va lui proposer de remplir et de signer une fiche de consentement.

Les patients qui refusent la participation à l'enquête seront exclus de l'étude.

3. Recueil des données :

Les personnes malades ayant complété et signé la fiche de consentement seront contactées par téléphone par l'IRC et ont été interrogées entre 4 et 7 semaines après leur consultation d'annonce du diagnostic.

Le questionnaire a comporté 2 parties, la première partie une évaluation psychologique des patients vis-à-vis de la maladie basée sur l'échelle SASRQ. La 2ème partie autour de l'annonce et le ressenti des personnes malades vis-à-vis de la structuration de l'annonce, l'instauration d'un climat de confiance, la proposition et formalisation d'une prise en charge personnalisée, la coordination avec le médecin traitant et la continuité de la prise en charge.

(cf. questionnaire en annexe 1).

Les items suivants vont compléter le recueil : Les caractéristiques des personnes malades (sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle) ; et sur la spécialité des médecins réalisant les consultations d'annonce.

4. Exploitation et analyse des données :

Les formulaires et procédures de collecte des données (flux de données):

L'exhaustivité et la qualité des questionnaires seront vérifiées par l'équipe de recherche.

Les réponses aux questionnaires ont été saisies dans une base de données spécialement conçue pour cette étude, avec un accès libre de toute information personnelle telle que nom, adresse ou numéro de téléphone. Les questionnaires ont été stockés dans une salle sécurisée avec accès limité.

L'analyse a ensuite consisté à décrire l'organisation des services en matière d'annonce du diagnostic et la perception des patients quant au dispositif d'annonce dont ils avaient bénéficié.

Le parcours des patients doit également être décrit en fonction des différentes étapes de l'annonce. La chronologie des temps de rencontre des patients avec les

médecins ou les soignants, d'une part grâce aux informations tracées dans les dossiers, et d'autre part grâce aux informations déclarées par les patients.

Enfin, le ressenti des patients au moment de l'annonce du diagnostic a été analysé pour déterminer le degré de satisfaction regroupant quatre items la méthodologie habituelle de validation métrologique d'instrument de mesure fondée sur les notions de validité et de fiabilité (corrélations entre items, poids factoriels des items, alpha de Cronbach). Les quatre items composant le score étaient le niveau de satisfaction du patient sur « la qualité des informations transmises pour annoncer la maladie », « la cohérence des informations entre les différents intervenants », « les informations fournies sur l'organisation des examens, du traitement ou des soins » et « les informations fournies sur les soins de support » .

RESULTATS ET ETAT DES LIEUX

Déroulement des consultations :

Les participants de cette étude ont été référés par divers services médicaux tels que la gastro-entérologie, la pneumologie, la gynécologie, l'ORL et la neurochirurgie. Suite à leur demande de rendez-vous, les patients étaient vus le jour même par un interne qui leur fournissait, en 10 minutes, des explications sur la raison de leur consultation, le processus de la radiothérapie et les effets secondaires associés. Certains patients ignoraient la raison de leur consultation et leur diagnostic.

Certains patients n'ont pas eu de consultations en salle et ont été convoqués le lendemain pour un scanner de positionnement. Aucun patient n'a eu de consultation avec un psychologue en raison de l'absence de ce professionnel dans le service. Les consultations avec le nutritionniste étaient réservées aux patients présentant une néoplasie des VADS et un sous-poids (IMC < 18,5).

En outre, chaque patient a présenté des défis individuels liés à leur vécu, leur situation socio-économique, leurs croyances, leurs antécédents médicaux et leur niveau intellectuel. Ces facteurs ont influencé la facilité avec laquelle le diagnostic a été accepté et la conformité au traitement, établissant ainsi des corrélations naturelles)

Le taux de participation à cette enquête était 420, mais seulement 203 patients répondaient aux critères d'inclusion.

L'âge moyen était de 52 ans (18-92). 65% étaient de sexe féminin, 51,7% étaient de milieu urbain, 59,1% avaient un revenu mensuel inférieur à 2000 Dh marocain, 26,6% avaient un niveau d'étude secondaire ou plus, 69 % n'avaient pas d'activité professionnelle, 71% vivaient avec un conjoint et/ou enfants, 78,8 % n'avaient pas d'antécédents personnels de maladie chronique, et 18,2% étaient tabagiques.

Parmi les participants on trouve 38,9% avaient un cancer gynécologique, 35% avaient une néoplasie des voies aérodigestives supérieures et 7,9% avaient une localisation digestive.

Table 1 : descriptive patient data statistics.

Variables	Number of patients (in percent)
Gender	
Female	132 (65%)
Male	71 (35%)
Area	
Rural	98 (48,3%)
Urban	105 (51,7%)
Marital status	
Married	145 (71,4%)
Other	58 (28,6%)
Education level	
Primary	149 (73,4%)
Secondary or higher	54 (26,6%)
Professional activity	
yes	140 (69,0%)
No	63 (31,0%)
Monthly income	
< 2000 MAD	120 (59,1%)
>2000 MAD	83 (40,9%)
Medical coverage	
RAMED	177 (87,2%)
Other	26 (12,8%)
Médical history	
Yes	160 (78,8%)
No	43 (21,2%)
Surgical history	
Yes	139 (68,5%)
No	64 (31,5%)
Notion of addiction	
Smoking	37 (18,2%)
Drinking	07 (3,4%)
Other	04 (2,0%)
Localization	
Gynécologic	79 (38,9%)
VADS	71 (35,0 %)
Brain	10 (4,9 %)
Digestive	16 (7,9%)
Bone	07 (3,4%)
Lung	10 (4,9%)
Urologic	10 (4,9%)

Pour les résultats de la première évaluation sur le ressenti après l'annonce du diagnostic, on note une perception favorable des patients de 88,7 % par rapport à la structuration de l'annonce. 72,0% des patients estimaient que le temps qui a été consacré à l'annonce n'était pas suffisant, 68,5% n'ont pas été impliqués dans le choix thérapeutique et 68,1% de nos patients estimaient que leur situation sociale, familiale et économique n'a pas été prise en considération.

Concernant la perception globale des patients vis-à-vis de l'annonce, 52,2% des participants étaient satisfaits (Table 2).

Table 2: Description of how patients feel about the diagnosis announcement.

Items	Number of patients (in percent)
Structuring the announcement	
• Insufficient	23 (11,3%)
• Sufficient	180 (88,7%)
Time spent on announcement	
• Insufficient	162 (79,8%)
• Sufficient	41 (20,2%)
Involvement in the therapeutic project	
• Insufficient	139 (68,5%)
• Sufficient	64 (31,5%)
Consideration of the socio-economic situation	
• Insufficient	138 (68,0%)
• Sufficient	65 (32,0%)
Overall satisfaction	
• Insufficient	46 (22,7%)
• Sufficient	157 (77,3%)

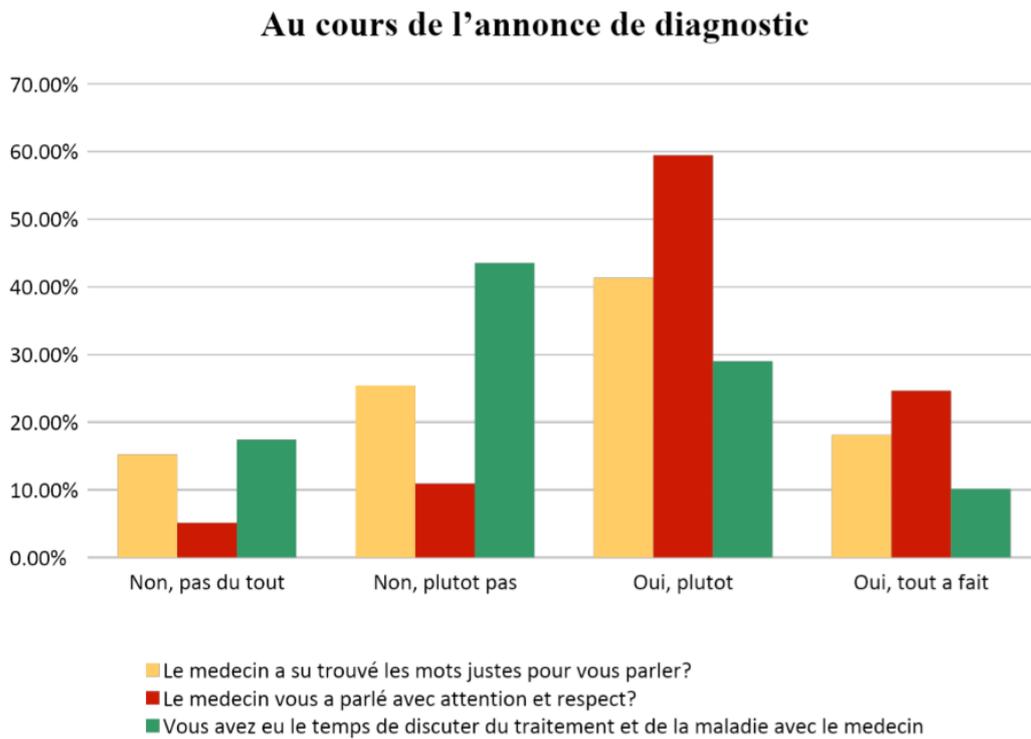


Figure 1 : Evaluation du ressenti du patient vis-à-vis de l'annonce

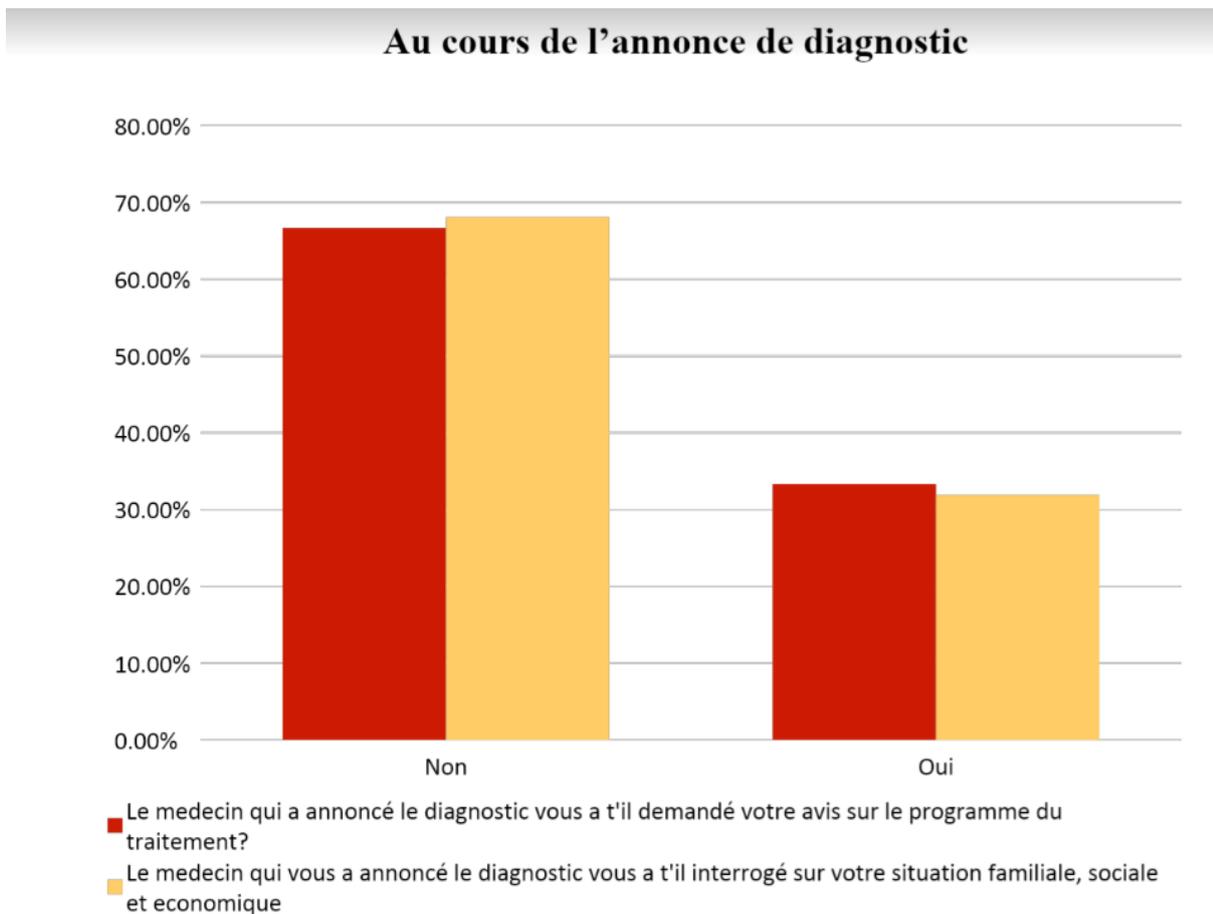


Figure 2 : Evaluation du ressenti du patient vis-à-vis de l'annonce (2)

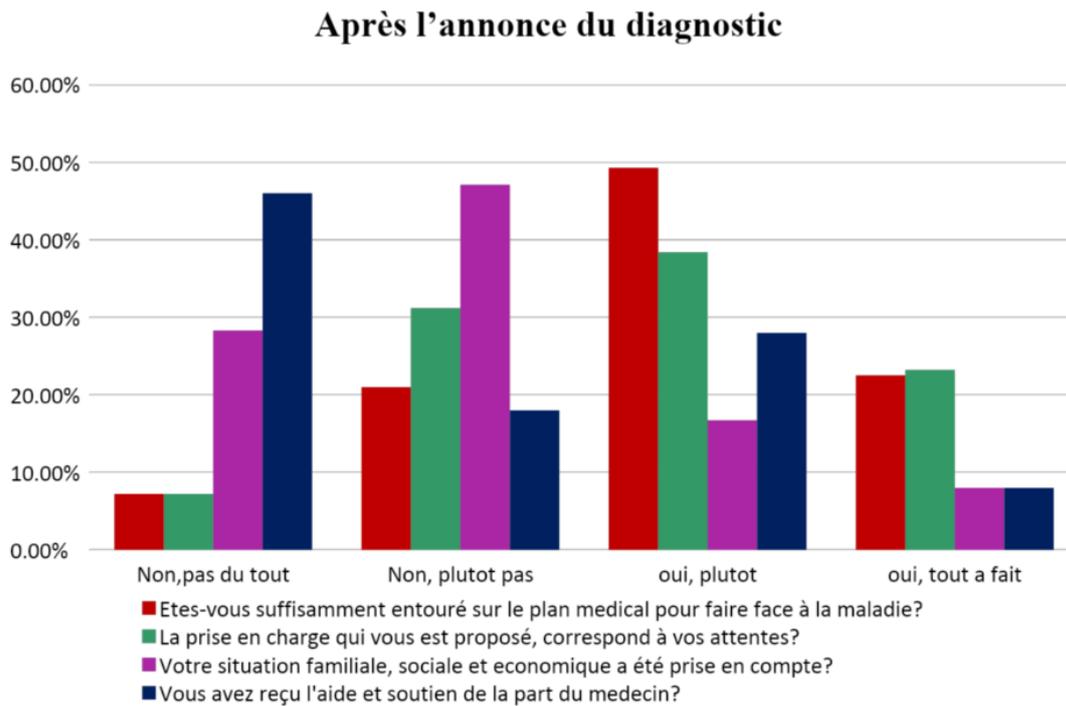


Figure 3 : Ressenti du patient après l'annonce du diagnostic

Concernant l'évaluation psychiatrique par le questionnaire MINI, trois principaux troubles psychiatriques ont été identifiés, l'état dépressif majeure (37,9%), l'anxiété généralisée (30,5%) et l'état de stress post traumatique (8,4%).

Plusieurs facteurs ont été associés de façon significative à la dépression majeure : le sexe féminin, l'inactivité professionnelle, le RAMED et le faible revenu. Concernant l'état de stress post traumatique aucun facteur n'a été associé.

Pour l'anxiété généralisée, les facteurs dont elle était associée sont : le sexe féminin, le faible revenu, la présence d'antécédent de chirurgie.

La consommation de tabac était un facteur protecteur contre l'anxiété et la dépression majeure dans notre étude (Table 4).

Table 3: Factors associated with psychiatric disorders after cancer diagnosis

MINI	MAJOR DEPRESSIVE EPISODE			POST TRAUMATIC STRESS			GENERALIZED ANXIETY		
	No (N/%)	Yes (N/%)	P value	No (N/%)	Yes (N/%)	P value	No (N/%)	Yes (N/%)	P value
Gender									
Female	71 (53,8)	61 (46,2)	0,001	123 (93,2)	09 (6,8)	0,275	80 (60,6)	52 (39,4)	0,0001
Male	55 (77,5)	16 (22,5)		63 (88,7)	08 (11,3)		61 (85,9)	10 (14,1)	
Area									
Rural	67 (68,4)	31 (31,6)	0,074	92 (93,9)	06 (6,1)	0,263	69 (70,4)	29 (29,6)	0,776
Urban	59 (56,2)	46 (43,8)		94 (89,5)	11 (10,5)		72 (68,6)	33 (31,4)	
Marital status									
Married	90 (62,1)	55 (37,9)	0,561	132 (91,0)	13 (09,0)	0,631	103 (71,0)	42 (29,0)	0,441
Other	36 (62,1)	22 (37,9)		54 (93,1)	04 (06,9)		38 (65,5)	20 (34,5)	
Education level									
Primary	95 (63,8)	54 (36,2)	0,410	85 (57,0)	64 (43,0)	0,436	105 (70,5)	44 (29,5)	0,603
Secondary or higher	31 (57,4)	23 (42,6)		30 (55,5)	24 (44,5)		36 (66,7)	18 (33,3)	
Professional activity									
yes	51 (81,0)	12 (19,0)	0,0001	61 (96,8)	02 (03,2)	0,073	48 (76,2)	15 (23,8)	0,162
No	75 (53,6)	65 (46,4)		125 (89,3)	15 (10,7)		93 (66,4)	47 (33,6)	
Medical coverage									
RAMED	103 (58,2)	74(41,8)	0,003	162 (91,5)	15 (08,5)	0,893	121 (68,4)	56 (31,6)	0,376
Other	23 (88,5)	03 (11,5)		24 (92,3)	02 (07,7)		20 (76,9)	06 (23,1)	
Monthly income									
< 2000 MAD	61 (50,8)	59 (49,2)	0,0001	82 (68,3)	38 (31,7)	0,786	75 (62,5)	45 (37,5)	0,010
>2000 MAD	65 (78,3)	18 (21,7)		55 (66,2)	28 (33,8)		66 (79,5)	17 (20,5)	
Surgical history									
Yes	43 (67,2)	21 (32,8)	0,308	58 (90,6)	06 (09,4)	0,727	38 (59,4)	26 (40,6)	0,034
No	83 (59,7)	56 (40,3)		128 (91,1)	11 (07,9)		103 (74,1)	36 (25,9)	
Médical history									
Yes	26 (60,5)	17 (39,5)	0,807	40 (93,0)	03 (07,0)	0,709	29 (67,4)	14 (32,6)	0,746
No	100 (62,5)	60 (37,5)		146 (91,3)	14 (08,8)		112 (70,0)	48 (30,0)	
Smoking									
Yes	30 (81,1)	7 (18,9)	0,008	34 (91,9)	3 (08,1)	0,948	31 (83,8)	6 (16,2)	0,036
No	96 (57,8)	70 (42,2)		152 (91,6)	14 (08,4)		110 (66,3)	56 (33,7)	
Other addictions									
Yes	03 (75,0)	01 (25,0)	0,590	03 (75,0)	01 (25,0)	0,225	04 (100,0)	00 (00,0)	0,315
No	123 (61,8)	76 (38,2)		183 (92,0)	16 (08,0)		137 (68,8)	62 (31,2)	

Table 4 : psychological impact of diagnostic announcement quality.

MINI	MAJOR DEPRESSIVE EPISODE			POST TRAUMATIC STRESS			GENERALIZED ANXIETY		
	No (N/%)	Yes (N/%)	P value	No (N/%)	Yes (N/%)	P value	No (N/%)	Yes (N/%)	P value
Structuring the announcement									
• Insufficient	09 (39,1)	14 (60,9)		19 (82,6)	04 (17,4)		14 (60,9)	09 (39,1)	
• Sufficient	117 (65,0)	63 (35,0)	0,016	167 (92,8)	13 (07,2)	0,097	127 (70,6)	53 (29,4)	0,342
Time spent on announcement									
• Insufficient	111 (68,5)	51 (31,5)		152 (93,8)	10 (06,2)		112 (69,1)	50 (30,9)	
• Sufficient	15 (36,6)	26 (63,4)	0,0001	34 (82,9)	07 (17,1)	0,024	29 (70,7)	12 (29,3)	0,843
Involvement in the therapeutic project									
• Insufficient	87 (62,6)	52 (37,4)		128 (92,0)	11 (08,0)		5 (68,3)	4 (31,7)	
• Sufficient	39 (60,9)	25 (39,1)	0,195	58 (90,6)	06 (09,4)	0,559	46 (71,9)	18 (28,1)	0,701
Consideration of the socio-economic situation									
• Insufficient	80 (58,0)	58 (48,0)		125 (90,6)	13 (09,4)		99 (71,7)	39 (28,3)	
• Sufficient	46 (70,8)	19 (29,2)	0,080	61 (93,8)	04 (06,2)	0,433	42 (64,6)	23 (35,4)	0,304
Overall satisfaction									
• Insufficient	20 (43,5)	26 (56,5)		39 (84,8)	07 (15,2)		32 (69,6)	14 (30,4)	
• Sufficient	106 (67,5)	51 (32,5)	0,003	147 (93,6)	10 (06,4)	0,057	109 (69,4)	48 (30,6)	0,986

L'analyse multivariée a objectivé que les patients qui étaient insatisfaits de la qualité d'annonce du diagnostic ont 5,4 fois plus de risque de faire une dépression majeure indépendamment des autres facteurs avec une valeur de $P < 0,0001$. On a trouvé également une association statistiquement significative entre le revenu mensuel et la survenue de dépression majeure (Table 5), en effet, les patients avec un faible revenu ont 10 fois plus de risque de faire une

Les résultats de l'analyse univariée ont objectivé une association statistiquement significative entre l'insatisfaction des patients de l'annonce du diagnostic et le risque de survenue de syndrome dépressif majeur ($P < 0,003$). Cette insatisfaction concerne la structuration de l'annonce, le temps consacré à l'annonce et la non prise en compte de la situation économique et sociale (Table 4). Le risque de survenu d'état de stress post traumatique augmente de façon significative si le temps consacré à l'annonce est insuffisant ($P < 0,024$).

Pour le risque de survenue d'anxiété généralisée, on n'a pas trouvé dans notre étude une association significative avec la satisfaction des patients vis-à-vis de l'annonce du diagnostic.

Table 5: Multivariate analysis: Factors associated with depression.

VARIABLES	OR ajustée (IC 95%)	P
Overall satisfaction		
Insuffisant	5,44 (2,28; 12,96)	0,0001
Suffisant	1	
Monthly income		
<2000 MAD	10,39 (1,12; 95,97)	0,039
> 2000 MAD	01,85 (0,18; 18,54)	0,6
Professional activity		
NON	2,67 (1,014; 7,023)	0,047

OUI

1

L'analyse multivariée a objectivé que les patients qui étaient insatisfaits de la qualité d'annonce du diagnostic ont 5,4 fois plus de risque de faire une dépression majeure indépendamment des autres facteurs avec une valeur de $P < 0,0001$. On a trouvé également une association statistiquement significative entre le revenu mensuel et la survenue de dépression majeure (Table 5), en effet, les patients avec un faible revenu ont 10 fois plus de risque de faire une dépression majeure indépendamment des autres facteurs avec un P de 0,039.

DISCUSSION

Cette étude est la première à évaluer la santé psychique et l'impact de l'annonce du diagnostic chez les malades du CHU Hassan II. Elle a mis en évidence plusieurs problématiques rencontrées par nos patients durant les premiers temps du traitement.

Malgré un taux de satisfaction global acceptable, il reste des lacunes concernant la durée de l'annonce, le manque d'implication des malades dans leur projet thérapeutique et l'absence de considération de leur situation socio-économique. Ceci peut être expliqué par le flux important des patients et le nombre limité des médecins formés dans les techniques de communication dans notre établissement, un problème qui impacte négativement la qualité et le temps consacré à l'annonce du diagnostic du cancer. [2]

L'annonce de la maladie va dépasser les capacités de liaison psychiques de la personne et constituer une sorte d'ébranlement, de vacillement [3]

Dans la littérature, les auteurs considèrent que l'annonce du diagnostic d'une maladie grave, notamment le cancer, est une tâche très difficile, qui nécessite des compétences relationnelles, des techniques de communication et des qualités humaines [4,5]. Dellavalez a proposé un modèle d'annonce en 3 phases : une phase de pré-annonce, où est faite une évaluation du patient dans sa globalité et sont énoncés les objectifs de la consultation, la deuxième phase concerne l'annonce à proprement dite et la troisième phase, post-annonce, où le médecin procède à la vérification du degré de compréhension du malade [6].

L'annonce d'un diagnostic grave est reconnue comme un traumatisme dans le DSM V. Selon Di Malto et al, elle peut entraîner une détresse psychologique qui réduit la qualité de vie des patients et impacte négativement l'observance au traitement [7]. La littérature rapporte également un lien entre la satisfaction des patients de l'annonce du diagnostic et le risque de survenu de troubles psychiques notamment la dépression [8].

Par ailleurs, la pauvreté des patients marocains, en particulier ceux consultant dans un établissement public, a un impact inéluctable sur l'équipe soignante et la prise en charge thérapeutique. En effet, 64 à 87 % des patients ont un faible revenu ou sont au chômage et ne bénéficient pas de sécurité sociale prenant en charge le coût des soins. [9,10]

C'est dans ce contexte là, et afin d'améliorer les conditions d'annonce de la pathologie au patient, que nous proposons des recommandations spécifiques à notre population marocaine ; le but étant une meilleure prise en charge globale de la maladie.

RECOMMANDATIONS

1 – Historique de l'annonce :

Historiquement, le modèle paternaliste plaçait le médecin dans une position d'autorité supérieure par rapport au patient, plaçant ses connaissances au-dessus du ressenti du patient, et lui permettant ainsi de prendre des décisions médicales pour le patient sans vraiment tenir compte de ses préférences ou de son autonomie, omettant parfois même de lui communiquer certaines informations concernant le traitement. Le malade devait alors faire aveuglément confiance à son médecin et se plier à son autorité. Dans cette conception, le patient était alors objet de soins, passif, se laissant soigner.

Plus récemment, la société a évolué vers une approche plus centrée sur le patient, mettant l'accent sur l'autonomie et la prise de décision partagée. Les patients sont de plus en plus informés et participent activement à la prise de décision concernant les traitements.

Les médecins sont donc tenus d'informer leurs patients sur leur maladie, les différentes options qui se présentent à eux, les risques et les avantages de chaque option, et le pronostic afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées en fonction de leurs propres préférences.

Les médecins, historiquement seul maître des examens et des traitements, se tiennent actuellement à la disposition du patient, de ses interrogations et de ses préférences. Ce dernier est donc devenu acteur à part entière de son traitement.

Ainsi, d'objet de soins, le patient est devenu progressivement sujet, exprimant clairement le souhait d'être informé et de prendre part aux décisions le concernant. Ce partenariat médecin-malade fait émerger la notion de démocratie sanitaire, « laquelle peut se définir comme la possibilité offerte au patient de s'affirmer comme acteur de son traitement » [17].

2- Recommandations :

L'annonce d'un diagnostic de cancer constitue un moment crucial dans la vie du patient, bouleversant souvent son existence et celle de ses proches. Face à cette réalité éprouvante, la question des recommandations concernant l'annonce revêt une importance capitale. Les professionnels de la santé se trouvent alors investis d'une responsabilité délicate, celle d'accompagner le patient tout au long de ce parcours difficile en fournissant des informations claires, en offrant un soutien émotionnel adapté et en guidant les choix thérapeutiques. Cette étape délicate nécessite une approche humaine, empreinte de compassion et de compréhension, afin de favoriser une meilleure compréhension du diagnostic et d'initier un processus de prise en charge. Dans cette perspective nos recommandations viseront une garantie au patient des conditions d'annonce de sa pathologie améliorée, en lui offrant :

- Un temps médical dédié à l'annonce du diagnostic et à la proposition de traitement, afin de fournir des informations claires et précises sur sa condition médicale.
- Un temps soignant destiné à apporter un soutien et à identifier les besoins spécifiques du patient, en prenant en compte ses émotions, ses préoccupations et ses ressources.
- Un accès à des professionnels spécialisés dans les soins de support, tels que des psychologues, des assistantes sociales ou des nutritionnistes, afin de répondre aux besoins psychologiques, émotionnels et pratiques du patient tout au long de son parcours de soins.

Ces recommandations vont donc au-delà de la consultation médecin/malade et font appel à différents professionnels médicaux et paramédicaux afin d'obtenir une prise en charge complète du patient qui répondrait à tous ses besoins.

L'annonce du diagnostic de cancer se doit de respecter le patient dans sa totalité, ceci incluant sa volonté de savoir, de discuter, d'être accompagné par un proche ou pas, et le temps qui lui est nécessaire pour assimiler les informations données durant la consultation.

A- La consultation programmée – Rôle du médecin

La nécessité d'une consultation programmée pour l'annonce de la maladie et du traitement en oncologie est primordiale. Cette approche permet de créer un cadre propice à la communication et à l'échange d'informations entre le médecin et le patient.

- Cadre général de la consultation d'annonce :

Lors de l'annonce d'un diagnostic aussi délicat que celui du cancer, la dimension temporelle et l'environnement physique revêtent une importance particulière. Il est essentiel que ce moment soit soigneusement planifié, évitant toute précipitation. Les professionnels de la santé devraient consacrer suffisamment de temps à cette rencontre, s'assurant de créer une atmosphère propice à l'échange et à l'écoute. Il est recommandé de choisir un lieu adapté, offrant intimité et confidentialité, où le patient et ses proches se sentent à l'aise pour discuter de sujets sensibles. Une salle de consultation calme et bien aménagée peut contribuer à créer un environnement apaisant. De plus, il est crucial d'éviter toute interruption pendant cette discussion, permettant ainsi au patient de se concentrer pleinement sur les informations partagées et de poser des questions sans crainte. Ces recommandations, axées sur la gestion du temps et la sélection judicieuse de l'espace, visent à humaniser le processus d'annonce du diagnostic du cancer et à instaurer une relation de confiance entre le professionnel de la santé et le patient.

- le temps d'annonce du diagnostic du cancer :

Le temps recommandé pour une consultation d'annonce du diagnostic du cancer peut varier en fonction de divers facteurs, tels que la complexité du diagnostic, la sensibilité du sujet et les besoins spécifiques du patient. Cependant, en général, il est conseillé de prévoir une durée significative pour cette rencontre. Certains experts suggèrent qu'une plage horaire d'au moins 45 minutes à une heure peut être nécessaire. Cela permet au professionnel de la santé d'expliquer le diagnostic de manière approfondie, de discuter des options de traitement, de répondre aux questions du patient et de fournir un soutien émotionnel.

Il est crucial de ne pas précipiter ce processus délicat et de donner au patient et à ses proches le temps nécessaire pour absorber l'information et exprimer leurs émotions. Une approche patiente, empathique et respectueuse du temps contribue à établir une relation de confiance, favorisant ainsi une meilleure compréhension du diagnostic et des étapes à venir. Cependant, il est également essentiel d'adapter la durée de la consultation en fonction des besoins individuels, en reconnaissant que chaque patient réagit différemment face à cette nouvelle difficile.

- Planification attentive :

Une consultation programmée offre la possibilité de préparer l'annonce de manière adéquate. Le médecin peut recueillir toutes les informations nécessaires, telles que les résultats des examens médicaux, les antécédents médicaux du patient, et ainsi être en mesure de fournir des explications claires et précises sur la maladie et les options de traitement. Cela permet également au médecin de personnaliser l'information en fonction du patient, en prenant en compte ses besoins, ses valeurs et ses préférences.

Préparez-vous minutieusement avant l'annonce en consultant le dossier médical du patient et en coordonnant les informations avec l'équipe médicale. Assurez-vous d'avoir suffisamment de temps pour cette discussion cruciale.

- **Écoute active :**

Lors de l'annonce, adoptez une écoute active en encourageant le patient à partager ses préoccupations, ses questions et ses émotions. Soyez attentif à ses réactions et ajustez votre approche en conséquence.

- **Langage adapté :**

Utilisez un langage simple et compréhensible, évitant les termes techniques complexes. Adaptez votre discours au niveau de compréhension du patient, tout en assurant l'exactitude des informations fournies.

- **Fourniture progressive d'informations :**

Divisez l'annonce en étapes, en commençant par les informations essentielles sur le diagnostic. Laissez le temps au patient d'absorber ces informations avant de discuter des options de traitement et des perspectives.

- **Inclusion des proches :**

Une consultation programmée offre également la possibilité de prévoir la présence d'un accompagnant, si le patient le souhaite. Cela peut être un membre de la famille, un ami ou un professionnel de la santé, qui peut apporter un soutien émotionnel et aider à clarifier les informations communiquées.

Encouragez la présence de proches du patient lors de l'annonce, avec leur consentement. Cela peut offrir un soutien émotionnel crucial et faciliter la compréhension des informations données.

- **Présentation des options de traitement :**

Expliquez clairement les différentes options de traitement disponibles, en soulignant les avantages et les inconvénients. Proposez des perspectives réalistes sur les résultats possibles du traitement.

- **Soutien émotionnel :**

Manifestez votre empathie en exprimant votre compréhension de la difficulté de la situation. Offrez un soutien émotionnel en fournissant des informations sur les ressources psychologiques et sociales disponibles.

- **Suivi et accessibilité :**

Planifiez un suivi régulier pour évaluer la réponse du patient au diagnostic et pour ajuster le plan de traitement si nécessaire. Rendez-vous accessible pour répondre aux questions supplémentaires et maintenir une communication ouverte.

- **Orientation vers des ressources externes :**

Orientez le patient vers des associations de soutien, des groupes de patients, ou des ressources spécialisées qui peuvent fournir un soutien complémentaire et des informations supplémentaires.

- **Respect de la dignité et de l'autonomie :**

Respectez la dignité du patient en permettant son autonomie dans la prise de décision. Impliquez-le activement dans le processus décisionnel et respectez ses choix.

En somme, une consultation programmée pour l'annonce de la maladie et du traitement en oncologie offre de nombreux avantages, tant pour le médecin que pour le patient. Elle permet une communication efficace, une préparation adéquate et une prise en compte des besoins individuels du patient, favorisant ainsi une meilleure compréhension et une plus grande implication dans le processus de soins.

B- Rôle de l'infirmière de coordination

L'infirmière de coordination joue un rôle clé dans l'accompagnement du patient tout au long de son parcours de soins. Après l'annonce du diagnostic, elle peut apporter un soutien émotionnel et répondre aux questions du patient et de sa famille. Elle peut également aider à clarifier les informations fournies lors de l'annonce et à expliquer les prochaines étapes du traitement.

L'infirmière de coordination facilite également la coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient. Elle peut s'assurer que les rendez-vous médicaux et les examens complémentaires sont planifiés de manière appropriée, en fonction des besoins et des recommandations du patient. Elle peut également aider à organiser les consultations avec d'autres spécialistes et à coordonner les soins de support tels que la prise en charge de la douleur, la nutrition ou la rééducation.

En outre, l'infirmière de coordination peut fournir des informations sur les ressources disponibles, telles que les groupes de soutien, les services d'aide psychologique ou les programmes de réadaptation. Elle peut orienter le patient vers ces services en fonction de ses besoins spécifiques.

En somme, la consultation avec une infirmière de coordination après l'annonce du diagnostic de cancer est cruciale pour assurer un soutien continu et une coordination efficace des soins. Elle permet d'accompagner le patient dans son parcours de soins, de répondre à ses besoins et de faciliter sa prise en charge globale.

C- Rôle du psychologue

L'annonce de la maladie cancéreuse peut être assimilée à un traumatisme, car, en faisant irruption dans la vie du sujet de manière inattendue, brutale, violente et massive, elle va constituer une menace aiguë pour son intégrité. [Revue le journal des psychologues, 2020/10 p66]

Le rôle du psychologue dans l'annonce du diagnostic de cancer est crucial pour apporter un soutien émotionnel et psychologique au patient.

Tout d'abord, le psychologue peut aider le patient à faire face aux émotions intenses qui peuvent survenir lors de l'annonce du diagnostic, telles que la peur, la tristesse, la colère ou l'anxiété. Il peut fournir un espace sécurisant où le patient peut exprimer ses émotions et ses préoccupations, sans jugement.

De plus, le psychologue peut aider le patient à faire face aux changements de rôle et d'identité qui peuvent survenir après le diagnostic de cancer. Il peut fournir un soutien pour gérer les défis liés à la vie quotidienne, tels que les relations familiales, sociales et professionnelles

Le psychologue peut également jouer un rôle important dans le soutien des proches du patient. Il peut les aider à comprendre et à gérer leurs propres émotions et préoccupations liées au diagnostic de leur être cher. Il peut également fournir des conseils pour la communication avec le patient et pour le soutien mutuel au sein de la famille.

Le rôle du psychologue clinicien est tel qu'il doit être intégré dans l'équipe médicale et ne pas se trouver dans un lieu clivé et à distance des malades et des équipes. Il doit faire partie intégrante de l'équipe médicale de soin dans les services d'oncologie.

D- Rôle du nutritionniste

La nutrition est un facteur influençant le risque de certains cancers, elle est aussi un facteur déterminant dans la prise en charge au cours et au décours de la maladie.

En radiothérapie, le maintien d'un poids stable est nécessaire au bon déroulement des séances afin que les repères anatomiques restent en place et que les doses prescrites soient délivrées aux bons volumes.

De plus, plusieurs études ont montré que la sarcopénie pouvait avoir un effet négatif sur l'efficacité du traitement et influencer la survie sans maladie [18]. C'est pour toutes ces raisons qu'un suivi nutritionnel adapté est nécessaire avant le début du traitement.

Le rôle du nutritionniste en oncologie est de fournir un soutien nutritionnel personnalisé aux patients atteints de cancer. Ils jouent un rôle crucial dans la gestion de la nutrition pendant le traitement et la récupération.

Tout d'abord, le nutritionniste en oncologie évalue les besoins nutritionnels spécifiques du patient en fonction de son état de santé, de son traitement et de ses objectifs personnels. Ils peuvent prendre en compte les effets secondaires du traitement, tels que les nausées, les vomissements, la perte d'appétit, les problèmes de digestion, pour adapter le plan alimentaire en conséquence. Le support nutritionnel inclut le conseil diététique personnalisé, les CNO, et la nutrition artificielle (entérale et parentérale) [19]

Le nutritionniste en oncologie peut également fournir des conseils sur la sélection des aliments et des combinaisons alimentaires appropriées pour répondre aux besoins nutritionnels du patient. Ils peuvent recommander des aliments riches en

nutriments essentiels pour renforcer le système immunitaire, favoriser la guérison et lutter contre la fatigue.

En cas de perte de poids involontaire ou de dénutrition, le nutritionniste en oncologie peut élaborer un plan alimentaire spécifique pour aider le patient à maintenir ou à regagner un poids santé. Ils peuvent également proposer des compléments nutritionnels si nécessaire.

De plus, le nutritionniste en oncologie peut aider à gérer les effets secondaires liés à l'alimentation, tels que les problèmes de digestion, les troubles intestinaux ou les problèmes de déglutition. Ils peuvent recommander des modifications alimentaires spécifiques pour soulager ces symptômes et améliorer la qualité de vie du patient.

Enfin, le nutritionniste en oncologie peut jouer un rôle éducatif en fournissant des informations sur l'importance d'une alimentation équilibrée et saine pour maintenir la santé et soutenir le processus de guérison. Ils peuvent également aider les patients à adopter de bonnes habitudes alimentaires à long terme pour prévenir les problèmes de santé liés à l'alimentation.

E – Rôle de l'assistante sociale

Le contexte socio-économique des patients marocains en oncologie peut varier en fonction de plusieurs facteurs tels que le niveau de revenu, l'accès aux soins de santé, l'éducation, la situation géographique, et les ressources disponibles dans les différentes régions du Maroc.

Dans certaines régions rurales ou économiquement défavorisées, les patients peuvent faire face à des difficultés financières importantes pour accéder aux soins oncologiques. Les coûts des traitements, des médicaments, des examens complémentaires et des consultations peuvent être élevés, ce qui peut limiter l'accès aux soins pour certains patients.

De plus, les patients peuvent également faire face à des défis liés à la distance géographique entre leur lieu de résidence et les centres de traitement spécialisés. Les coûts de transport et le manque d'infrastructures de santé dans certaines régions peuvent rendre difficile l'accès aux soins oncologiques.

Par ailleurs, le niveau d'éducation et la sensibilisation à la prévention et au dépistage du cancer peuvent également influencer le contexte socio-économique des patients marocains en oncologie. Une faible sensibilisation peut entraîner un dépistage tardif ou une prise de conscience insuffisante des symptômes, ce qui peut avoir un impact sur la gravité de la maladie et les options de traitement disponibles.

Des programmes de sécurité sociale et des initiatives de couverture maladie universelle ont été mis en place pour faciliter l'accès aux soins pour les personnes économiquement vulnérables.

Cependant, malgré ces efforts, des disparités socio-économiques persistent et nécessitent une attention continue pour garantir que tous les patients marocains, quel que soit leur contexte socio-économique, aient un accès équitable aux soins oncologiques de qualité.

Le rôle de l'assistante sociale dans les hôpitaux marocains est similaire à celui décrit précédemment, mais adapté au contexte spécifique du système de santé marocain. Voici quelques-uns des rôles clés de l'assistante sociale dans les hôpitaux marocains :

- Soutien psychosocial : L'assistante sociale offre un soutien émotionnel et psychologique aux patients et à leurs familles, en les aidant à faire face aux défis liés à leur condition médicale. Elle peut les écouter, les conseiller et les orienter vers des services de soutien psychologique appropriés.

- Évaluation des besoins sociaux : L'assistante sociale évalue les besoins sociaux des patients et de leur famille, en tenant compte du contexte socio-économique marocain. Elle identifie les problèmes sociaux et travaille avec les patients pour trouver des solutions adaptées, en tenant compte des ressources disponibles dans la communauté.

- Aide financière : L'assistante sociale aide les patients à comprendre et à accéder aux ressources financières disponibles pour couvrir les coûts des soins médicaux. Elle peut les informer sur les programmes d'assistance sociale, les aides financières gouvernementales ou les assurances maladie, en fonction du système de santé marocain.

- Planification de la sortie : L'assistante sociale aide les patients à planifier leur sortie de l'hôpital en veillant à ce qu'ils aient les ressources nécessaires pour poursuivre leur rétablissement. Elle peut organiser des soins à domicile, des services de réadaptation ou des services de soutien communautaire, en fonction des ressources disponibles dans la région.

- Orientation vers les ressources communautaires : L'assistante sociale oriente les patients et leur famille vers les ressources communautaires appropriées, en tenant compte du contexte marocain. Cela peut inclure des programmes de soutien, des organisations caritatives, des groupes de soutien, des services de transport médical ou d'autres services sociaux disponibles dans la région.

L'objectif général de l'assistante sociale dans les hôpitaux marocains est d'offrir un soutien holistique aux patients et à leur famille, en tenant compte des spécificités

du système de santé et des ressources disponibles au Maroc. Son rôle est essentiel pour améliorer la qualité de vie des patients et favoriser leur rétablissement.

CONSIDERATIONS ETHIQUES

Particularités de la personne âgée :

La maladie cancéreuse est encore plus fréquente dans la population plus âgée. Comme pour le sujet jeune, l'adaptation psychologique, les stratégies d'ajustement et les crises psychologiques peuvent accompagner cette maladie. Cependant, il est important de reconnaître les particularités liées à l'âge afin de pouvoir écouter, aider à l'expression des émotions, informer et soutenir au mieux le patient âgé.

Ainsi, il est notable que les personnes âgées atteintes de cancer montrent clairement que leur détresse émotionnelle est l'une de leurs principales préoccupations, après les préoccupations liées à l'impact sur leur vie de famille et avant la peur de perdre leur autonomie.

Un autre aspect important est l'influence significative de la famille et de l'entourage dans les choix de traitement à cet âge, où il est fréquent que le conjoint et les enfants participent activement aux décisions concernant le traitement de leur parent.

D'après certaines études, il est démontré que la maladie a un impact significatif sur le groupe familial. Sur le plan psychologique, il est constaté que le conjoint d'un patient atteint de cancer peut ressentir des inquiétudes plus intenses concernant la mort que le patient lui-même. [13]. Le niveau d'anxiété chez les familles proches peut s'avérer être, selon certaines études, aussi élevé que chez les patients . [20].

L'ambivalence et la culpabilité sont des sentiments fréquemment ressentis par les proches d'une personne âgée atteinte de cancer. Ils se retrouvent confrontés à des situations de prédeuil plus intenses que chez les adultes malades, ce qui peut les amener à sombrer dans un deuil anticipé [21].

Le rôle de l'entourage du malade se trouve également au niveau de l'acceptation des traitements et de l'organisation de ces derniers. Il est donc essentiel de prendre en considération l'impact de l'annonce sur la famille du patient.

Particularité de l'enfant et de l'adolescent

- L'annonce d'un cancer est un acte difficile et délicat, d'autant plus quand il s'agit d'un public enfant et adolescent. La littérature montre que la manière dont le diagnostic est communiqué a des incidences sur la qualité de vie du patient [15]. En plus de l'impact psychologique de l'annonce d'un diagnostic chez un patient enfant ou adolescent, se pose la question de l'aspect légal et éthique puisque le patient est mineur.

La protection de la santé des mineurs est assurée grâce à la législation et à la responsabilité directe des parents ou des détenteurs de l'autorité parentale. Par conséquent, l'annonce diagnostique concerne à la fois l'enfant/adolescent lui-même et ses parents ou ceux qui détiennent l'autorité parentale. [22]

- Les principales questions qui se posent sont donc : Sur quoi faut-il informer ?
Qui doit-on informer ?

Sur quoi faut-il informer ? :

Le droit demande à ce que l'information relative à la santé soit complète. L'information doit comprendre la maladie, les traitements, les éventuels effets indésirables et le pronostic
Comment faut-il informer ?

L'information qui porte sur un individu mineur le concerne autant que les détenteurs de l'autorité parentale. La pluralité des interlocuteurs (les parents) sera donc la norme lors d'une consultation d'annonce diagnostique pour un mineur [22]

Annnonce diagnostic et contexte religieux

Le contexte religieux peut jouer un rôle significatif dans l'annonce d'un diagnostic en oncologie.

La religion peut être une source de soutien et de réconfort pour les patients et leurs familles lorsqu'ils sont confrontés à des nouvelles difficiles à accepter. En fonction de leurs croyances religieuses, certaines personnes peuvent trouver de la force de l'espoir dans leurs rites religieux tel que la prière, les invocations ... Dans le contexte marocain, où l'islam est la

religion la plus répandue, le cancer peut être considéré comme un test de foi ou une épreuve envoyée par Dieu (Allah). Leur croyance en la prédestination peut aider les patients à accepter la maladie et à trouver un sens à leur souffrance.

Lors de l'annonce diagnostic, il est important de respecter les croyances de la population à laquelle on fait face (l'Islam dans notre contexte). Le professionnel de santé doit être sensible aux besoins spécifiques de ses patients.

Certains patients peuvent s'interroger sur les traitements médicaux proposés et si ceux-ci vont à l'encontre de leurs croyances religieuses (cas de la reconstruction mammaire pour les cancers du sein).

Parfois, le contexte religieux peut également influencer les décisions de fin de vie. Certains patients et familles peuvent suivre des directives religieuses strictes tels que l'interdiction de l'acharnement thérapeutique ou l'obligation de respecter les rituels funéraires spécifiques.

Il est important que les professionnels de santé soient sensibles à ces questions religieuses lorsqu'ils annoncent un diagnostic. Une approche respectueuse, en tenant compte des croyances et des besoins spirituels des patients, peut contribuer à améliorer leur bien-être global pendant leur parcours de soins.

PPS SEIN :

Nom – Prénom du patient :

Né(e) le

P.P.S rempli le

A l'issue de la RCP, les médecins proposent au patient un programme personnalisé de soins (PPS).

Cette proposition se veut une « feuille de route », qui indique en termes compréhensibles pour tous, la proposition de traitements (lieux, chronologie, types de traitements, etc...). Il vous est rappelé que ce programme est un plan théorique que le médecin est susceptible de modifier.

Synthèse :

- **Diagnostic établi : Cancer du sein**

- **Protocole de traitement envisagé :**
 - Radiothérapie :
 - Radiothérapie : 15 séances, 5 séances par semaine tous les jours sauf week end et jours fériés.
 - Consultation hebdomadaire au décours de la séance avec l'interne ou le médecin référent.
 - Puis consultation de fin de traitement

- **Description du traitement proposé (en termes compréhensibles par tous) :**

Calendrier prévisionnel de soins :

		<i>Semaine 1</i>	<i>Semaine 2</i>	<i>Semaine 3</i>	
Radiothérapie	Scanner	L/ M/ M/ J/ V	L/ M/ M/ J/ V	L/ M/ M/ J/ V	Consultation de fin de traitement

Description du traitement proposé (en termes compréhensibles par tous) :

Une étape de préparation :

- ***Le scanner dosimétrique :***
 - Fait en position de traitement
 - Soit allongé sur le dos, les bras au-dessus de la tête
 - Il sert à acquérir votre anatomie pour repérer la zone à irradier et les organes à protéger. Des repères à la peau sont faits pour vous repositionner de la même façon lors de vos séances.
 - Dans un second temps, sera élaboré votre plan de traitement (orientation des faisceaux et calcul des doses)
 - Non injecté
 - Durée : 30 à 40 min
- **Traitement sous l'appareil de traitement :**
 - Début 2 à 3 semaines après le scanner de simulation :
 - Votre identité complète (nom, prénom, date de naissance) doit être vérifiée avant chaque séance pour la sécurité de votre traitement.
 - Dans la même position que le scanner de simulation

L'annonce diagnostique en radiothérapie

- La séance dure entre 15 et 20 min : ce temps comprend le temps au repositionnement précis du corps, la vérification du positionnement par une imagerie puis la délivrance du traitement (qui est de l'ordre de 3 à 5 min)
- Ne pas bouger durant la séance

Conseils :

- Pour chaque séance, venir la **peau propre : sans crème, sans parfum, sans déodorant du côté irradié**
- Appliquer les crèmes après les séances de radiothérapie, **jamais avant la séance**
- **Ne pas appliquer d'huile essentielle** sur la paroi ou le sein irradié
- **Pas d'exposition au soleil** de la zone irradiée durant au minimum un an
- Ne pas baigner la zone irradiée dans l'eau salée ou chlorée en cours de radiothérapie.
- Privilégier des vêtements doux au contact de votre peau tels que le coton ou la viscose
- Ne pas faire de kinésithérapie du sein ou de la paroi en cours de radiothérapie.
- **La kinésithérapie du bras est autorisée**

Effets secondaires attendus ou potentiels du traitement par radiothérapie :

- Effets secondaires pendant le traitement :
 - **Peau** : coup de soleil, œdème voire réaction plus importante avec peau desquamée et suintante

Il vous est recommandé de ne rien mettre sur votre peau pendant la radiothérapie en dehors de la prescription de votre médecin radiothérapeute qui surveillera à vos réactions pendant le traitement. Il faut porter des vêtements lâches plutôt en coton et éviter les armatures.

La rougeur de la peau peut survenir 2 à 3 semaines après la fin de l'irradiation.

- **Douleur** : douleur lancinante de la cicatrice en cours de radiothérapie

- **Cœur** : possibilité rare d'irritation de l'enveloppe du cœur (**péricardite**) avec douleurs thoraciques et essoufflement nécessitant une consultation rapide.
- **Pneumopathie radique** : possibilité rare d'irritation de l'enveloppe du poumon se manifestant par de la toux sèche

- **Effets secondaires tardifs :**
 - **Peau :** coloration brune de la peau s'estompant progressivement (peut rester un an), fibrose mammaire (réduction de l'élasticité de la peau), télangiectasies (vaisseaux un peu plus visibles) ...
 - **Poumon (*pneumopathie radique*) :** **rarement** toux quinteuse +/- importante associée ou non à un essoufflement, pouvant survenir au décours du traitement. Ceci doit vous conduire à consulter votre oncologue radiothérapeute....
 - **Cœur :** augmentation du risque cardiovasculaire si irradiation du côté gauche ou irradiation de la chaîne mammaire interne. La prise en charge des facteurs de risque cardio vasculaire tels que l'arrêt du tabac est conseillé.
 - **Douleurs résiduel de paroi ou du sein à la palpation ou à la mobilisation. Les douleurs doivent rester supportables...**
- **Cancers secondaires**

الاسم للمريض:

وُلِدَ

أكمل P. P.S يوم

في نهاية الاجتماع التشاوري متعدد التخصصات، يقدم الأطباء للمريض برنامج رعاية شخصي (PPS).
يهدف هذا الاقتراح إلى أن يكون "خارطة طريق"، تشير بعبارات مفهومة للجميع إلى المعالجات المقترحة (المواقع،
والتسلسل الزمني، وأنواع المعالجات، وما إلى ذلك). ونذكر أن هذا البرنامج عبارة عن خطة نظرية يمكن للطبيب
تعديلها.

ملخص:

• التشخيص المحدد: سرطان الثدي

• بروتوكول العلاج المتوخى:

□ العلاج الإشعاعي:

• العلاج الإشعاعي: 15 جلسة، 5 جلسات أسبوعياً يومياً ما عدا عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.

• استشارة أسبوعية بعد الجلسة مع المتدرب أو الطبيب المحول.

• ثم استشارة نهاية العلاج

• وصف العلاج المقترح (بعبارات مفهومة للجميع):

جدول الرعاية المقدر:

خطوة تحضيرية:

- الماسح الضوئي لقياس الجرعات:
- يتم ذلك في وضعية العلاج
- إما أن تستلقي على ظهرك، وذراعيك فوق رأسك
- يتم استخدامه للحصول على التشريح الخاص بك لتحديد المنطقة التي سيتم تشعيها والأعضاء التي يجب حمايتها. يتم وضع علامات على الجلد لإعادة وضعك بنفس الطريقة أثناء جلساتك.
- ثانياً سيتم تطوير خطة العلاج الخاصة بك (توجيه العوارض وحساب الجرعات)
- لا يتم حقنه
- المدة: 30 إلى 40 دقيقة
- العلاج تحت جهاز العلاج:
- البدء بعد 2 إلى 3 أسابيع من فحص المحاكاة:
- يجب التحقق من هويتك الكاملة (الاسم الأخير، الاسم الأول، تاريخ الميلاد) قبل كل جلسة لضمان سلامة علاجك.
- في نفس موضع الماسح الضوئي للمحاكاة
- تستمر الجلسة ما بين 15 إلى 20 دقيقة: تتضمن هذه المرة الوقت اللازم لإعادة وضع الجسم بشكل دقيق، والتحقق من وضعه عن طريق التصوير ثم تقديم العلاج (وهو حوالي 3 إلى 5 دقائق)
- لا تتحرك أثناء الجلسة

نصائح:

- في كل جلسة، احصل على بشرة نظيفة: بدون كريم، بدون عطر، بدون مزيل العرق على الجانب المشع
- وضع الكريمات بعد جلسات العلاج الإشعاعي، وليس قبل الجلسة أبداً
- لا تضعي الزيت العطري على الحائط أو الندي المشع
- عدم التعرض لأشعة الشمس في المنطقة المعرضة للإشعاع لمدة سنة على الأقل
- لا تغسل المنطقة المعرضة للإشعاع بالمياه المالحة أو الكلورة أثناء العلاج الإشعاعي.
- اختاري الملابس الناعمة الملامسة لبشرتك مثل القطن أو الفسكوز
- لا تقم بإجراء العلاج الطبيعي للندي أو جداره أثناء العلاج الإشعاعي.
- العلاج الطبيعي للذراع مسموح به

الآثار الجانبية المتوقعة أو المحتملة للعلاج الإشعاعي:

• الآثار الجانبية أثناء العلاج:

• الجلد: حروق الشمس، وذمة أو رد فعل أكثر شدة مع تقشير ونز الجلد

من المستحسن عدم وضع أي شيء على بشرتك أثناء العلاج الإشعاعي بخلاف ما وصفه لك المعالج الإشعاعي الذي سيراقب ردود أفعالك أثناء العلاج. يجب عليك ارتداء الملابس الفضفاضة، بدلاً من القطنية، وتجنب الأسلاك الداخلية.

قد يحدث احمرار في الجلد بعد 2 إلى 3 أسابيع من انتهاء التشعيع.

• الألم: ألم خفقان من الندبة أثناء العلاج الإشعاعي

• القلب: احتمال نادر لتهيج غلاف القلب (التهاب التامور) مع ألم في الصدر وضيق في التنفس يتطلب استشارة سريعة.

• الالتهاب الرئوي الإشعاعي: احتمال نادر لتهيج غلاف الرئة يتجلى في السعال الجاف

• الآثار الجانبية المتأخرة:

• الجلد: تلاشي اللون البني للجلد تدريجياً (يمكن أن يبقى لمدة عام)، وتليف الثدي (انخفاض مرونة الجلد)، وتوسع الشعريات (الأوعية الدموية أكثر وضوحاً قليلاً)، وما إلى ذلك.

• الرئة (الالتهاب الرئوي الإشعاعي): نادراً ما يكون السعال شديداً + / - مرتبطاً أو غير مصحوب بضيق في التنفس، والذي قد يحدث بعد العلاج. وهذا يجب أن يقودك إلى استشارة طبيب الأورام الخاص بك بالإشعاع.

• القلب: زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية في حالة تشعيع الجانب الأيسر أو تشعيع السلسلة الثديية الداخلية. يوصى بإدارة عوامل الخطر القلبية الوعائية مثل التوقف عن التدخين.

• بقايا جدار أو ألم في الثدي عند الجس أو التعبئة. يجب أن يظل الألم محتملاً..

• السرطانات الثانوية

CANCER DU COL

Mme

Né(e) le

P.P.S rempli le

A l'issue de la RCP, les médecins proposent au patient un programme personnalisé de soins (PPS).

Cette proposition se veut une « feuille de route », qui indique en termes compréhensibles pour tous, la proposition de traitements (lieux, chronologie, types de traitements, etc...). Il vous est rappelé que ce programme est un plan théorique que le médecin est susceptible de modifier.

Synthèse _____ :

- **Diagnostic établi** : Carcinome Epidermoïde du col de l'utérus
- **Protocole de traitement envisagé** :
- Radio-chimiothérapie simultanée détaillé ici:

25 séances, 5 séances par semaine, consultation hebdomadaire le mercredi au décours de la séance avec l'interne ou le médecin référent

- Curiethérapie :

Hospitalisation sur une semaine en radiothérapie : pose au bloc opératoire le lundi de l'implant, traitement jusqu'au vendredi

DEROULEMENT DE LA RADIOTHERAPIE

Une étape de préparation :

- *Le scanner dosimétrique :*
 - Fait en position de traitement
 - Il sert à acquérir votre anatomie pour repérer la zone à irradier et les organes à protéger. Des repères à la peau sont faits pour vous repositionner de la même façon lors de vos séances.
 - Dans un second temps, sera élaboré votre plan de traitement (orientation des faisceaux et calcul des doses)
 - Il est injecté
 - Durée : 30 à 40 min
 - **Venir vessie pleine : soit uriner 40 min avant le scanner et boire une bouteille d'eau de 50 cl 30 à 40 min avant le scanner**
 - Venir le rectum vide.

Traitement sous l'appareil de traitement :

- Début 2 à 3 semaines après le scanner de simulation :
- Votre identité complète (nom, prénom, date de naissance) doit être vérifiée avant chaque séance pour la sécurité de votre traitement.
- Dans la même position que le scanner de simulation
- **Pour chaque séance : il faut essayer de venir la vessie pleine et le rectum vide.**
- La séance dure entre 15 et 20 min : ce temps comprend le temps au repositionnement précis du corps, la vérification du positionnement par une imagerie puis la délivrance du traitement (qui est de l'ordre de 3 à 5 min)
- Ne pas bouger durant la séance

Calendrier prévisionnel de soins :

		<i>Semaine 1</i>	<i>Semaine 2</i>	<i>Semaine 3</i>	<i>Semaine 4</i>	<i>Semaine 5</i>
Radiothérapie	Scanner	L/ M/ M/ J/ V	L/ M/ M/ J/ V	L/ M/ M/ J/ V	L/ M/ M/ J/ V	L/ M/ M/ J/ V
		S1= 1 ^{er} chimiothérapie	S2= 2 ^{eme} chimiothérapie	S3 = 3 ^{eme} chimiothérapie	S4= 4 ^{eme} chimiothérapie IRM pré curiethérapie	S5= 5 ^{eme} chimiothérapie Consultation pré curiethérapie

Effets secondaires pendant le traitement lié à la radiothérapie:

Des traitements seront donnés afin d'éviter et/ou atténuer les effets secondaires/ Les effets secondaires cités ne sont pas obligatoires

- **Sur le rectum** : accélération du transit (augmentation du nombre de selles/jour), modification de la consistance des selles (diarrhée), fausses envies, émission de glaires voir de sang. Parfois, augmentation des gaz...
- **Sur la vessie** : envie plus fréquente d'aller uriner, picotement, brûlure, risque plus important de cystite....

- **Au niveau de l'anus** : démangeaison, rougeur, hémorroïdes...
- **Au niveau de la peau et des muqueuses**: si la tumeur est bas située, rougeur, lésions suintantes au niveau de la vulve et des plis de la région périnéale ...

Effets secondaires à long terme :

- ***Sur le plan intestinal*** : parfois fragilité intestinale avec nécessité d'adapter son alimentation.
- ***Sur le plan vulvaire et périnéal*** : sécheresse localisée, fragilité de la muqueuse. Infections urinaires parfois plus fréquentes. Synéchies (accolement des parois vaginales)
- ***Ménopause / stérilité***

Chimiothérapie

Chaque semaine de traitement il sera réalisé une injection de chimiothérapie, une fois par semaine, en hospitalisation, au nombre de 5 ou 6 injections.

Modalité de la chimiothérapie :

- Réalisée en hospitalisation
- Cisplatine 40mg/m² ou carboplatine AUC 2
- Une fois par semaine sur 5 à 6 semaines (soit 5 à 6 cycles réalisés)
- Sur cathéter central (Piccline ou chambre implantable)
- Avant chaque chimiothérapie : réaliser une prise de sang

Effet secondaires :

Des traitements seront donnés afin d'éviter et/ou atténuer les effets secondaires/ Les effets secondaires cités ne sont pas obligatoires.

- **Digestifs** : nausée ou vomissement, diarrhée, mucite (aphtes dans la bouche), spasme abdominaux si diarrhée, altération du gout...
- **Rénal** : insuffisance rénale transitoire ou définitive
- Perturbation ionique (hypomagnésémie...)
- **Biologique** : baisse transitoire des globules rouges, blancs et plaquettes, la baisse des globules rouges peut entraîner de la fatigue et un essoufflement, la baisse des globules blancs est responsable d'une baisse de l'immunité, vous êtes donc plus à risque de présenter une infection (en présence de fièvre et ou frissons important, il faudra réaliser une prise de sang et consulter auprès d'un médecin (médecin traitant, oncologue ou radiothérapeute). La baisse des plaquettes peut entraîner un saignement...

- **Ototoxicité** : baisse de l'audition et/ ou acouphènes ...
- **Neurotoxicité** : fourmillement (paresthésies) au niveau des extrémités (doigts, oreilles, orteils, nez) ...
- **Choc anaphylactique.**

DEROULEMENT DE LA CURIETHERAPIE

Curiethérapie :

- Objectif : délivrer des rayons au contact de la tumeur afin d'augmenter la dose à la tumeur du col résiduelle et épargner les organes de voisinage (vessie, rectum, tubes digestif)
- IRM pelvienne d'évaluation à réaliser à la 4eme ou 5 ème semaine de radiothérapie
- Consultation anesthésiste à programmer en cours de radiothérapie
- Programmation de la curiethérapie 1 à 2 semaines après la fin de la radiothérapie pelvienne
- Nécessité d'une hospitalisation sur 5 jours (du lundi au vendredi)

Déroulement :

- Hospitalisation le lundi matin en hôpital de semaine de radiothérapie
- Faire avant l'hospitalisation : un bilan biologique, un test PCR, un ECBU, acheter des bas de contention, et faire un lavement rectal la veille
- Le matin de l'hospitalisation, dans votre chambre d'hospitalisation : faire un lavement et une douche Bétadine
- Le geste se réalise au bloc opératoire sous anesthésie générale ou rachi anesthésie (décision prise par l'anesthésiste)
- Le bloc opératoire début entre 12h et 13 heures
- Geste réalisé en position gynécologique

L'annonce diagnostique en radiothérapie

- Mise en place d'une sonde en intra-utérine à l'aide d'une échographie, et une sonde ou d'un moule en situation intra-vaginal +/- des aiguilles interstitielles
- Durée du geste entre 30 min et une heure
- Une fois le geste terminé, vous êtes mise en salle de réveil
- Puis vous êtes transportée à la console d'IRM, afin de réaliser une imagerie aidant à la délimitation de la tumeur restante, avec le matériel en place, puis retours en chambre vers 19heures.
- Le mardi matin vous réalisez un scanner de simulation (qui enregistre votre position avec le matériel en place)
- Le traitement débute mardi soir et se termine dans la nuit du jeudi à vendredi
- Retrait du matériel vendredi matin en chambre au bloc de curiethérapie, sans anesthésie générale, puis retours à domicile le même jour.

Traitement :

- Le matériel placé est branché à un projecteur de source (une machine délivrant la radiothérapie, situé dans la chambre d'hospitalisation)
- Le traitement est délivré toutes les heures, une fois par heures, jours et nuits, du mardi soir à la nuit du jeudi à vendredi.
- Pas droit au visite durant les 5 jours d'hospitalisation, du fait de l'irradiation en continue
- De pas s'asseoir dans le lit ou relever les jambes car il existe un risque de déplacer le matériel.
- Injection d'anticoagulant durant les 5 jours, à poursuivre à domicile

Effets secondaires pendant le traitement lié à la curiethérapie

Des traitements seront donnés afin d'éviter et/ou atténuer les effets secondaires/ Les effets secondaires cités ne sont pas obligatoires

- **Sur le rectum** : accélération du transit (augmentation du nombre de selles/jour), modification de la consistance des selles (diarrhée), fausses envies, émission de glaires voir de sang. Parfois, augmentation des gaz et fistule ...
- **Sur la vessie** : envie plus fréquente d'aller uriner, picotement, brûlure, risque plus important de cystite, fistule....
- **Au niveau de l'anus** : démangeaison, rougeur, hémorroïdes...
- **Au niveau vaginal** : sécheresse localisée, fragilité de la muqueuse. Infections urinaires parfois plus fréquentes. Synéchies (accolement des parois vaginales), fistules

السيدة

وُلْد

أكمل P. P.S

في نهاية الإنعاش القلبي الرئوي، يقدم الأطباء للمريض برنامج رعاية شخصي (PPS). يهدف هذا الاقتراح إلى أن يكون "خارطة طريق"، تشير بعبارات مفهومة للجميع إلى العلاجات المقترحة (المواقع، والتسلسل الزمني، وأنواع العلاجات، وما إلى ذلك). ونذكر أن هذا البرنامج عبارة عن خطة نظرية يمكن للطبيب تعديلها.

ملخص:

• تم التشخيص: سرطان عنق الرحم

• بروتوكول العلاج المتوخى:

• العلاج الكيميائي الإشعاعي المتزامن المفصل هنا:

25 جلسة، 5 جلسات في الأسبوع، استشارة أسبوعية يوم الأربعاء بعد الجلسة مع الطبيب المتدرب أو الطبيب المحول

• العلاج الإشعاعي الموضعي:

الاستشفاء لمدة أسبوع في العلاج الإشعاعي: وضع الغرسة في غرفة العمليات يوم الاثنين، والعلاج حتى يوم الجمعة
عملية العلاج الإشعاعي

خطوة تحضيرية:

• الماسح الضوئي لقياس الجرعات:

• يتم ذلك في وضعية العلاج

L'annonce diagnostique en radiothérapie

- يتم استخدامه للحصول على التشريح الخاص بك لتحديد المنطقة التي سيتم تشعيها والأعضاء التي يجب حمايتها. يتم وضع علامات على الجلد لإعادة وضعك بنفس الطريقة أثناء جلساتك.
- ثانياً سيتم تطوير خطة العلاج الخاصة بك (توجيه العوارض وحساب الجرعات)
- يتم حقنه
- المدة: 30 إلى 40 دقيقة
- الحضور بمثانة ممتلئة: إما التبول قبل 40 دقيقة من الفحص وشرب زجاجة ماء سعة 50 سنتيلتر قبل 30 إلى 40 دقيقة من الفحص
- تعال والمستقيم فارغاً.

العلاج تحت جهاز العلاج:

- البدء بعد 2 إلى 3 أسابيع من فحص المحاكاة:
- يجب التحقق من هويتك الكاملة (الاسم الأخير، الاسم الأول، تاريخ الميلاد) قبل كل جلسة لضمان سلامة علاجك.
- في نفس موضع الماسح الضوئي للمحاكاة
- في كل جلسة: عليك أن تحاول أن تأتي بمثانة ممتلئة ومستقيم فارغ.
- تستمر الجلسة ما بين 15 إلى 20 دقيقة: تتضمن هذه المرة الوقت اللازم لإعادة وضع الجسم بشكل دقيق، والتحقق من وضعه عن طريق التصوير ثم تقديم العلاج (وهو حوالي 3 إلى 5 دقائق)
- لا تتحرك أثناء الجلسة
- جدول الرعاية المؤقتة:

الآثار الجانبية أثناء العلاج المتعلقة بالعلاج الإشعاعي:

- سيتم تقديم العلاجات من أجل تجنب و/أو تخفيف الآثار الجانبية/ الآثار الجانبية المذكورة ليست إلزامية
- في المستقيم: تسارع عملية البراز (زيادة عدد مرات البراز في اليوم)، تغير في قوام البراز (إسهال)، حث كاذب، خروج مخاط أو حتى دم. زيادة الغازات في بعض الأحيان...
- على المثانة: الرغبة المتكررة في التبول، والوخز، والحرقان، وزيادة خطر التهاب المثانة، وما إلى ذلك.

- في فتحة الشرج: حكة، احمرار، بواسير، وغيرها.
- على مستوى الجلد والأغشية المخاطية: إذا كان الورم منخفض الموقع، احمرار، آفات نازفة على مستوى الفرج وطيات منطقة العجان...

الآثار الجانبية طويلة المدى:

- على المستوى المعوي: في بعض الأحيان هشاشة معوية مع الحاجة إلى تعديل نظامك الغذائي.
 - الفرج والعجان: جفاف موضعي، وهشاشة في الغشاء المخاطي. في بعض الأحيان تكون التهابات المسالك البولية أكثر تواتراً.
- Synechiae (انضمام جدران المهبل معاً)

• انقطاع الطمث/العقم

دورة العلاج برايثيرابي

العلاج الإشعاعي الموضعي:

- الهدف: توصيل الأشعة عند ملامستها للورم من أجل زيادة الجرعة إلى الورم المتبقي في عنق الرحم وتجنيد الأعضاء المجاورة (المثانة والمستقيم والجهاز الهضمي)
- يجب إجراء تقييم التصوير بالرنين المغناطيسي للحوض في الأسبوع الرابع أو الخامس من العلاج الإشعاعي
- يتم تحديد موعد لاستشارة طبيب التخدير أثناء العلاج الإشعاعي
- جدولة العلاج الإشعاعي الموضعي بعد أسبوع إلى أسبوعين من انتهاء العلاج الإشعاعي للحوض
- الحاجة إلى العلاج في المستشفى لمدة تزيد عن 5 أيام (من الاثنين إلى الجمعة)

إجراء:

- الاستشفاء صباح يوم الاثنين في مستشفى العلاج الإشعاعي خلال أيام الأسبوع
- قم بإجراء تقييم بيولوجي قبل دخول المستشفى، واختبار PCR، وECBU، وشراء جوارب ضاغطة، وإجراء حقنة شرجية للمستقيم في اليوم السابق
- في صباح يوم دخولك إلى المستشفى، في غرفتك بالمستشفى: قم بإجراء حقنة شرجية ودش بينادين
- يتم إجراء العملية في غرفة العمليات تحت التخدير العام أو التخدير النخاعي (القرار يتخذ من قبل طبيب التخدير)
- تبدأ غرفة العمليات من الساعة 12 ظهراً حتى 1 ظهراً.
- يتم تنفيذ الإيماءة في وضع أمراض النساء
- وضع مسبار داخل الرحم باستخدام الموجات فوق الصوتية، ومسبار أو قالب في الوضع داخل المهبل + / - الإبر الخلاقية
- مدة الحركة ما بين 30 دقيقة إلى ساعة واحدة
- بمجرد الانتهاء من الإجراء، يتم وضعك في غرفة الإنعاش
- بعد ذلك يتم نقلك إلى وحدة التصوير بالرنين المغناطيسي، لإجراء التصوير للمساعدة في تحديد الورم المتبقي، مع وضع المعدات في مكانها، ثم العودة إلى الغرفة حوالي الساعة 7 مساءً.
- في صباح يوم الثلاثاء، ستقوم بإجراء مسح ضوئي للمحاكاة (الذي يسجل موقعك باستخدام المعدات الموجودة في مكانها)
- يبدأ العلاج مساء الثلاثاء وينتهي خلال ليلة الخميس إلى الجمعة
- إزالة الأجهزة صباح الجمعة من غرفة العلاج الإشعاعي الموضعي، بدون تخدير عام، ثم العودة إلى المنزل في نفس اليوم.

علاج :

- يتم توصيل المعدات الموضوعة بجهاز عرض المصدر (جهاز يقدم العلاج الإشعاعي، موجود في غرفة المستشفى)
- يتم تقديم العلاج كل ساعة، مرة واحدة كل ساعة، نهاراً وليلاً، من مساء الثلاثاء إلى ليلة الخميس إلى الجمعة.
- لا يحق لك الزيارة خلال 5 أيام من الإقامة في المستشفى، بسبب التشعيع المستمر
- لا تجلس في السرير أو ترفع ساقيك لأن هناك خطراً من تحريك المعدات.
- حقن مضاد للتخثر لمدة 5 أيام، ويستمر في المنزل

الآثار الجانبية أثناء العلاج المتعلقة بالعلاج الإشعاعي الموضعي

سيتم تقديم العلاجات من أجل تجنب و/أو تخفيف الآثار الجانبية/ الآثار الجانبية المذكورة ليست إلزامية

L'annonce diagnostique en radiothérapie

- في المستقيم: تسارع عملية البراز (زيادة عدد مرات البراز في اليوم)، تغير في قوام البراز (إسهال)، حث كاذب، خروج مخاط أو حتى دم. في بعض الأحيان زيادة الغازات والناصور ...
- على المثانة: الرغبة المتكررة في التبول، والوخز، والحرقان، وزيادة خطر الإصابة بالتهاب المثانة، والناصور، وما إلى ذلك.
- في فتحة الشرج: حكة، احمرار، بواسير، وغيرها.
- على المستوى المهبل: جفاف موضعي، وهشاشة الغشاء المخاطي. في بعض الأحيان تكون التهابات المسالك البولية أكثر تواتراً. انضمام جدران المهبل والنواسير

Glioblastome

Nom – Prénom du patient :

Né(e) le

P.P.S rempli le

Coordonnées de la personne de confiance :

Présente lors de la remise du programme de soins : Oui / Non

A l'issue de la RCP, les médecins proposent au patient un programme personnalisé de soins (PPS).

Cette proposition se veut une « feuille de route », qui indique en termes compréhensibles pour tous, la proposition de traitements (lieux, chronologie, types de traitements, etc...). Il vous est rappelé que ce programme est un plan théorique que le médecin est susceptible de modifier.

Synthèse :

- Diagnostic établi : tumeur gliale cérébrale
- Protocole de traitement envisagé :

Radiothérapie

+ Chimiothérapie concomitante par TEMODAL

Description du traitement proposé (en termes compréhensibles par tous) :

Une étape de préparation :

Le scanner dosimétrique : fait en position de traitement, il sert à acquérir votre anatomie pour repérer la zone à irradier et les organes à protéger. Des repères à la peau sont faits pour vous repositionner de la même façon lors de vos séances. Confection d'un masque trois points
Dans un second temps, sera élaboré votre plan de traitement (orientation des faisceaux et calcul des doses)

L'annonce diagnostique en radiothérapie

Une étape de mise en place sous l'appareil de traitement :

Valide votre plan de traitement par vérification de la bonne position des faisceaux de radiothérapie et de la dose délivrée.

Traitement :

30 séances de radiothérapie : 5 séances par semaine, la séance dure environ 10 à 15 minutes, est totalement indolore, la seule contrainte est de ne pas bouger.

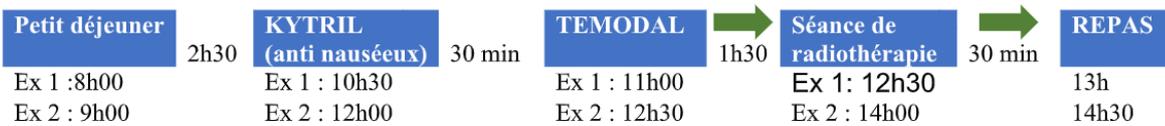
Associé à du TEMODAL : à prendre du début à la fin de la radiothérapie

BILAN SANGUIN A REALISER TOUTES LES SEMAINES ET A MONTRER LORS DE LA CONSULTATION DE SURVEILLANCE

Prise du TEMODAL :

Semaine avec séances de radiothérapie

(Horaires donnés à titre d'exemple et dépendant des séances de radiothérapie fixées par les manipulateurs radio le vendredi)



Week-End, Jours fériés (Pas de séance de radiothérapie)



**Le Témodal se prend du 1^{er} jour au dernier jour des séances de radiothérapie.
(ni avant, ni après)**

الاسم الأول والأخير للمريض:

وُلد

أكمل P. P.S

تفاصيل الاتصال بالشخص الموثوق به:

حاضر عند تسليم برنامج الرعاية: نعم / لا

في نهاية الإنعاش القلبي الرئوي، يقدم الأطباء للمريض برنامج رعاية شخصي (PPS).

يهدف هذا الاقتراح إلى أن يكون "خارطة طريق"، تشير بعبارات مفهومة للجميع إلى المعالجات المقترحة (المواقع،

والتسلسل الزمني، وأنواع المعالجات، وما إلى ذلك). ونذكر أن هذا البرنامج عبارة عن خطة نظرية يمكن للطبيب

تعديلها.

ملخص:

← تم التشخيص: ورم دماغي دقيقي

← بروتوكول العلاج المتوخى:

العلاج الإشعاعي

+ علاج كيميائي مصاحب بتيمودال

وصف العلاج المقترح (بعبارات مفهومة للجميع):

خطوة تحضيرية:

الماسح الضوئي لقياس الجرعات: يتم إجراؤه في وضع العلاج، ويتم استخدامه للحصول على التشريح الخاص

بك لتحديد

المنطقة المراد تشعيها والأعضاء المراد حمايتها. يتم وضع علامات على الجلد لإعادة وضعك بنفس الطريقة

الطريقة خلال جلساتك. صنع قناع من ثلاث نقاط

ثانيا سيتم وضع خطة العلاج الخاصة بك (توجيه العوارض وحساب الجرعات)

خطوة التثبيت تحت جهاز العلاج:

التحقق من صحة خطة العلاج الخاصة بك عن طريق التحقق من الموضع الصحيح لأشعة العلاج الإشعاعي و
تم تسليم الجرعة.

علاج :

30 جلسة علاج إشعاعي: 5 جلسات أسبوعياً، تستمر الجلسة من 10 إلى 15 دقيقة تقريباً.

غير مؤلم تماماً، العائق الوحيد هو عدم التحرك.

بالاشتراك مع تيمودال: يتم تناوله من بداية العلاج الإشعاعي وحتى نهايته

سيتم إجراء تقييم الدم كل أسبوع وإظهاره أثناء استشارة المراقبة

CANCERS DE LA SPHERE ORL

Mme

Né(e) le

P.P.S rempli le

A l'issue de la RCP, les médecins proposent au patient un programme personnalisé de soins (PPS).

Cette proposition se veut une « feuille de route », qui indique en termes compréhensibles pour tous, la proposition de traitements (lieux, chronologie, types de traitements, etc...). Il vous est rappelé que ce programme est un plan théorique que le médecin est susceptible de modifier.

Synthèse

- Diagnostic établi : Carcinome épidermoïde du nasopharynx
- Protocole de traitement envisagé : radiochimiothérapie concomitante, détaillée ici :
- Radiothérapie 35 séances quotidiennes, du lundi au vendredi hors jour férié, consultation de suivi tous les mercredi
- Chimiothérapie simultanée, 3 cures à 3 semaines d'intervalle
- Description du traitement proposé (en termes compréhensibles par tous) :
Traitement de la tumeur +/- des aires ganglionnaires envahies ou à risque (cou):

RADIOTHERAPIE

La radiothérapie est un traitement par irradiation, c'est-à-dire que des rayons sont envoyés sur la tumeur pour détruire les cellules cancéreuses.

Ce traitement s'organise habituellement en une séance par jour, du lundi au vendredi et parfois le samedi. Chaque séance dure environ 15 minutes. Au cours de ces 15 minutes de présence en salle, l'irradiation en elle-même ne dure que 2 à 3 minutes.

La durée de ce traitement va en général de 5 à 7 semaines, soit 30 à 35 séances réparties sur environ 45 jours. La date précise de la fin du traitement ne peut être précisément fixée à l'avance.

Avant la radiothérapie

Vous allez bénéficier d'un bilan dentaire complet auprès de nos odontologistes. Ils évalueront la nécessité de traiter certaines dents, voire d'en extraire, pour éviter tout problème infectieux sur vos mâchoires lors de l'irradiation et dans les années qui vont suivre. Ils vous conseilleront le port quotidien de gouttières fluorées.

La région de votre corps qui doit être traitée doit être précisément repérée afin d'être efficace et également pour éviter autant que possible d'atteindre les parties du corps qui ne sont pas malades. Pour cela, nous réalisons un scanner, dit « de simulation », dans la même position que celle que vous aurez pendant chaque séance. Ce scanner de simulation peut durer 30 minutes voire plus d'une heure dans certains cas.

Pour que vous puissiez reprendre facilement la même position lors de chaque séance de traitement, un moulage en matière plastique ayant la même forme que votre tête et que votre cou sera réalisé lors de cette étape. Il s'agit du « masque » qui sera ensuite utilisé à chaque séance.

Comment se passe une séance de radiothérapie ?

Vous serez allongé sur la table de traitement dans la même position que celle déterminée lors de l'étape de préparation précédente.

La source d'irradiation est ensuite dirigée vers la région à traiter.

Le masque réalisé vous aidera à rester immobile pendant toute la durée de la séance.

Les manipulateurs de radiothérapie quittent la salle pendant votre traitement mais ils veillent sur vous à l'aide d'une caméra placée à l'intérieur de la pièce. Vous êtes également en contact avec eux grâce à un interphone branché en permanence.

Suivi pendant la radiothérapie

Des consultations médicales, souvent hebdomadaires permettent de suivre votre état de santé.

En cas de difficultés survenant entre deux consultations (douleurs, difficultés à manger, perte de poids, difficultés à respirer, etc...), vous pouvez joindre un radiothérapeute en vous adressant au manipulateur de votre poste de traitement.

Sinon le numéro de téléphone de votre médecin radiothérapeute est également indiqué sur votre fiche de rendez-vous de radiothérapie.

Effets indésirables de la radiothérapie

La radiothérapie détruit les cellules tumorales mais comporte également des effets sur les tissus sains de voisinage.

La radiothérapie modifie la qualité de la salive ce qui peut entraîner à la phase aiguë : survenue habituelle d'une inflammation cutanée parfois intense (dermite) et muqueuse (mucite) pouvant

3
provoquer des douleurs au niveau de la bouche et de la gorge et une gêne à l'alimentation pendant le traitement, modifications du goût.

Le traitement entraîne également une chute des poils et cheveux présents dans la zone traitée. Les effets indésirables de la radiothérapie apparaissent en général après la 2^{ème} semaine de traitement.

Les conseils et les médicaments qui vous auront été donnés pendant le traitement doivent être poursuivis jusqu'à la première consultation de suivi.

Une sensation de fatigue peut apparaître. Il s'agit d'une réaction banale notamment en fin de traitement.

Pendant votre traitement

Il est important pour que vous puissiez supporter le traitement dans de bonnes conditions de conserver une alimentation suffisante et donc un poids stable, si besoin avec l'aide de compléments alimentaires.

L'avis d'une diététicienne peut vous être utile. En cas de difficultés importantes de déglutition responsables d'un amaigrissement, il peut vous être proposé la mise en place d'une sonde d'alimentation soit passant par le nez pour atteindre l'estomac (sonde nasogastrique) soit directement dans l'estomac à travers la peau abdominale (gastrostomie).

Chaque semaine, vous verrez un médecin oncologue radiothérapeute pour vérifier que le traitement se déroule normalement et pour adapter les médicaments contre la douleur et les bains de bouche. N'hésitez pas à leur faire part de vos difficultés.

Parlez également avec le manipulateur de votre salle de traitement qui vous verra tous les jours.

Quelques conseils :

- Protégez votre peau du soleil et du froid.
- Lavez la région traitée avec de l'eau tiède et du savon de Marseille exclusivement.
- Rincez-la et séchez-la bien, par tamponnements, sans frotter.
- Porter des vêtements doux au contact de la peau (coton, soie).
- N'employez aucun parfum alcoolisé, crème, éther ou produit irritant dans la région concernée.
- Rasez-vous doucement, si possible au rasoir électrique.
- Si vous êtes fumeur, l'arrêt du tabac diminuera la réaction au niveau de la muqueuse de la bouche et de la gorge.
- Application quotidienne de gouttières fluorées. A débiter après la fin de la radiothérapie.

Effets secondaires tardifs de la radiothérapie

Les effets secondaires de la radiothérapie ne s'arrêtent pas le lendemain de la dernière séance mais persistent habituellement plusieurs semaines tout en diminuant progressivement. Ainsi les douleurs buccales diminuent de manière importante dans le mois suivant la radiothérapie,

tandis que la sécheresse buccale met plusieurs mois à diminuer et peut perdurer dans certains cas de manière définitive.

A distance du traitement, les modifications salivaires peuvent entraîner un risque de survenue de caries dentaires ; votre état dentaire doit être parfait avant le début du traitement et entretenu par l'application quotidienne de gouttières fluorées pour éviter le risque de survenue d'une ostéoradionécrose.

Il peut également perdurer une limitation de l'ouverture de la bouche, des troubles de la déglutition, des modifications du goût, des troubles de l'audition, une fibrose du cou et rarement une augmentation du risque de sténose carotidienne, une hypothyroïdie.

Le traitement expose à un risque très faible de survenue de seconds cancers dans la zone traitée.

Surveillance après radiothérapie

L'objectif d'une surveillance dans le cadre des cancers est de diagnostiquer le plus tôt possible les récurrences, les autres localisations de cancers et de s'assurer que votre qualité de vie est satisfaisante.

Vous serez suivi en consultation tous les 2 à 3 mois pendant les 2 premières années, tous les 4 mois la 3^{ème} année, puis tous les 6 mois la 4^{ème} année et la 5^{ème} année, puis 1 fois par an à vie.

Cette surveillance est en général réalisée en alternance avec votre chirurgien référent et votre oncologue radiothérapeute référent.

Un premier bilan radiologique de référence sera pratiqué environ 3 mois après la fin du traitement.

Si un symptôme vous inquiète (difficulté respiratoire, saignement, fièvre, douleur non-contrôlée avec le traitement antalgique prescrit), n'hésitez pas à nous consulter en urgence.

CHIMIOThERAPIE

Une consultation va être programmée avec un médecin oncologue médical pour préciser avec vous les modalités de ce traitement.

Cette chimiothérapie peut être administrée toutes les semaines ou toutes les trois semaines, selon les différents protocoles de prise en charge.

La chimiothérapie par perfusion veineuse impose la mise en place d'une voie veineuse centrale sous forme d'un cathéter intraveineux ou d'une chambre implantable, sous anesthésie locale. Il se situe sous la peau, devant le pectoral sous la clavicule ou dans le bras (picc-line). Le côté est choisi par le chirurgien qui posera ce dispositif et vous-même.

Des traitements seront donnés afin d'éviter et/ou atténuer les effets secondaires/ Les effets secondaires cités ne sont pas obligatoires

- Digestifs : nausée ou vomissement, diarrhée, mucite (aphtes dans la bouche), spasmes abdominaux si diarrhée, altération du goût...

- Rénal : insuffisance rénale transitoire ou définitive

- Biologique :

 - o Perturbation ionique (hypomagnésémie...)

 - o Baisse transitoire des globules rouges, blancs et plaquettes, la baisse des globules rouges peut entraîner de la fatigue et un essoufflement, la baisse des globules blancs est responsable d'une baisse de l'immunité, vous êtes donc plus à risque de présenter une infection (en présence de fièvre et ou frissons important, il faudra réaliser une prise de sang et consulter auprès d'un médecin (médecin traitant, oncologue ou radiothérapeute).

La baisse des plaquettes peut entraîner un saignement...

- ototoxicité : baisse de l'audition et/ ou acouphènes ...

- Neurotoxicité : fourmillement (paresthésies) au niveau des extrémités (doigts, oreilles, orteils, nez) ...

- Choc anaphylactique

في نهاية الإنعاش القلبي الرئوي، يقدم الأطباء للمريض برنامج رعاية شخصي (PPS).
يهدف هذا الاقتراح إلى أن يكون "خارطة طريق"، تشير بعبارات مفهومة للجميع إلى المعالجات المقترحة (المواقع،
والتسلسل الزمني، وأنواع المعالجات، وما إلى ذلك). ونذكر أن هذا البرنامج عبارة عن خطة نظرية يمكن للطبيب
تعديلها.

ملخص:

← تم التشخيص: سرطان الخلايا الحرشفية في البلعوم الأنفي

← بروتوكول العلاج المدروس: العلاج الكيميائي الإشعاعي المصاحب، المفصل هنا:

ρ العلاج الإشعاعي 35 جلسة يومية، من الاثنين إلى الجمعة باستثناء أيام العطل الرسمية، واستشارات المتابعة
كل يوم أربعاء

ρ العلاج الكيميائي المتزامن، 3 دورات بفاصل 3 أسابيع

← وصف العلاج المقترح (بعبارات مفهومة للجميع):

علاج الورم + / - مناطق العقدة الليمفاوية الغازية أو المعرضة للخطر (الرقبة):

العلاج الإشعاعي هو علاج عن طريق التشعيع، أي إرسال الأشعة إليه

الورم لتدمير الخلايا السرطانية.

وعادة ما يتم تنظيم هذا العلاج في جلسة واحدة يوميا، من الاثنين إلى الجمعة وأحيانا

السبت. تستمر كل جلسة حوالي 15 دقيقة. خلال هذه الـ 15 دقيقة من الحضور في الغرفة، يستمر التشعيع نفسه لمدة 2 إلى 3 دقائق فقط.

تتراوح مدة هذا العلاج بشكل عام من 5 إلى 7 أسابيع، أو من 30 إلى 35 جلسة موزعة على فترات حوالي 45 يوماً. لا يمكن تحديد تاريخ نهاية العلاج بدقة قبل العلاج الإشعاعي

سوف تستفيد من فحص الأسنان الكامل مع أطباء الأسنان لدينا. سوف يقومون بتقييم يجب معالجة أسنان معينة، أو حتى خلعها، لتجنب أي مشاكل معدية عليها فكيك أثناء التشعيع وفي السنوات التالية. سوف ينصحونك ارتداء الصواني المفلورة يومياً.

يجب تحديد منطقة جسمك التي تحتاج إلى علاج بدقة حتى تكون فعالة و أيضاً لتجنب قدر الإمكان الوصول إلى أجزاء الجسم غير الموجودة مريض.

للقيام بذلك، نقوم بتنفيذ ما يسمى بالماسح الضوئي "المحاكاة"، في نفس الموضع الذي يوجد فيه التي ستحصل عليها خلال كل جلسة. يمكن أن يستمر ماسح المحاكاة هذا لمدة 30 دقيقة أو حتى أكثر من ساعة في بعض الحالات.

بحيث يمكنك بسهولة العودة إلى نفس الوضع خلال كل جلسة تمرين. العلاج، قالب من البلاستيك له نفس شكل رأسك ورأسك سيتم إجراء الرقبة خلال هذه الخطوة. هذا هو "القناع" الذي سيتم استخدامه بعد ذلك في كل مرة جلسة.

كيف تسيّر جلسة العلاج الإشعاعي؟

سوف تستلقي على طاولة العلاج في نفس الوضعية التي تم تحديدها أثناء العلاج من خطوة التحضير السابقة.

ثم يتم توجيه مصدر الإشعاع نحو المنطقة المراد علاجها.

سيساعدك القناع المصنوع على البقاء ثابتاً طوال مدة الجلسة.

يغادر فنيو العلاج الإشعاعي الغرفة أثناء علاجك لكنهم يقومون بالمراقبة
يمكنك استخدام الكاميرا الموضوعة داخل الغرفة. أنت أيضا على اتصال
معهم بفضل الاتصال الداخلي المتصل بشكل دائم.

لمراقبة أثناء العلاج الإشعاعي

تتيح لك الاستشارات الطبية، التي تكون غالبًا أسبوعية، مراقبة حالتك الصحية.

في حالة حدوث صعوبات بين الاستشارة (ألم، صعوبة في الأكل، فقدان

الوزن، صعوبة في التنفس، وما إلى ذلك)، يمكنك الاتصال بأخصائي العلاج الإشعاعي في منطقتك

موجهة إلى المشغل في محطة العلاج الخاصة بك.

بخلاف ذلك، يتم أيضًا الإشارة إلى رقم هاتف طبيب العلاج الإشعاعي الخاص بك

بطاقة موعد العلاج الإشعاعي الخاصة بك.

الآثار الضارة للعلاج الإشعاعي

العلاج الإشعاعي يدمر الخلايا السرطانية ولكن له أيضًا تأثيرات عليها

الأنسجة السليمة القريبة.

يقوم العلاج الإشعاعي بتعديل جودة اللعب مما قد يؤدي إلى المرحلة الحادة: الحدوث

التهاب الجلد المعتاد، وأحيانًا يكون شديدًا (التهاب الجلد) والأغشية المخاطية (التهاب الغشاء المخاطي)، والذي قد

يحدث

يسبب ألمًا في الفم والحلق وصعوبة في تناول الطعام

أثناء العلاج، تغييرات في الذوق.

يؤدي العلاج أيضًا إلى تساقط الشعر في المنطقة المعالجة.

تظهر التأثيرات الضارة للعلاج الإشعاعي عمومًا بعد الأسبوع الثاني من العلاج

علاج.

يجب أن تكون النصائح والأدوية المقدمة لك أثناء العلاج

استمر حتى استشارة المتابعة الأولى.

قد يظهر الشعور بالتعب. وهذا رد فعل شائع، وخاصة في نهاية

علاج.

أثناء علاجك

من المهم بالنسبة لك أن تكون قادرًا على تحمل العلاج في ظروف جيدة. الحفاظ على التغذية الكافية وبالتالي الحفاظ على وزن ثابت، وذلك بمساعدة مكمل غذائي.

قد تكون نصيحة اختصاصي التغذية مفيدة لك. في حالة وجود صعوبات كبيرة في البلع المسؤول عن فقدان الوزن، قد يُعرض عليك وضع مسبار التغذية إما عن طريق الأنف للوصول إلى المعدة (أنبوب أنفي معدي) أو مباشرة إلى المعدة من خلال جلد البطن (فغر المعدة). ستزور أخصائي علاج الأورام بالأشعة كل أسبوع للتأكد من أن الورم العلاج يسير بشكل طبيعي وضبط مسكنات الألم و غسول الفم. لا تتردد في إخبارهم عن الصعوبات التي تواجهك. تحدث أيضًا مع الفني في غرفة العلاج الخاصة بك والذي سوف يراك كل يوم أيام.

بعض النصائح :

- حماية بشرتك من الشمس والبرد.
- اغسل المنطقة المعالجة بالماء الفاتر وصابون مرسليليا فقط.
- اشطفيه وجففيه جيدًا باستخدام التريبيت دون فرك.
- ارتداء ملابس ناعمة ملامسة للجلد (قطن، حرير).
- لا تستخدم أي عطر كحولي أو كريم أو أثير أو أي منتج مهيج في المنطقة المصابة.
- احلق بلطف، إن أمكن، باستخدام ماكينة الحلاقة الكهربائية.
- إذا كنت مدخنًا، فإن التوقف عن التدخين سوف يقلل من رد الفعل في الغشاء المخاطي الفم والحلق.

• التطبيق اليومي للصواني المفلورة. للبدء بعد انتهاء العلاج الإشعاعي.

الآثار الجانبية المتأخرة للعلاج الإشعاعي
الآثار الجانبية للعلاج الإشعاعي لا تتوقف في اليوم التالي للجلسة الأخيرة ولكنها تستمر عادةً لعدة أسابيع ثم تتناقص تدريجيًا. لذلك يقل ألم الفم بشكل ملحوظ في الشهر التالي للعلاج الإشعاعي، بينما يستغرق جفاف الفم عدة أشهر حتى ينخفض ويمكن أن يستمر عند البعض القضية بشكل نهائي.

بعد العلاج، يمكن أن تؤدي التغيرات اللعابية إلى خطر حدوثها تسوس الأسنان؛ يجب أن تكون حالة أسنانك مثالية قبل بدء العلاج و يتم الحفاظ عليها من خلال التطبيق اليومي للمزاريب المفلورة لتجنب خطر حدوثها من نخر العظام.

قد يستمر أيضًا وجود قيود على فتح الفم، ومشاكل في ذلك البلع، تغيرات في التدوق، مشاكل في السمع، تليف في الرقبة ونادرًا زيادة خطر تضيق الشريان السباتي، قصور الغدة الدرقية. يكشف العلاج عن خطر منخفض للغاية لحدوث سرطانات ثانية في المنطقة معالجتها.

المراقبة بعد العلاج الإشعاعي
الهدف من المراقبة في سياق السرطان هو التشخيص في أقرب وقت ممكن تكرار، مواقع السرطان الأخرى وللتأكد من نوعية حياتك مرض.

ستتم متابعتك بالتشاور كل شهرين إلى ثلاثة أشهر خلال أول عامين، وكل 4 أشهر

شهر في السنة الثالثة، ثم كل ستة أشهر في السنة الرابعة، والسنة الخامسة، ثم مرة واحدة في السنة مدى الحياة. يتم إجراء هذه المراقبة بشكل عام بالتناوب مع الجراح المُحيل وطبيبك إحالة أخصائي العلاج الإشعاعي للأورام.

سيتم إجراء التقييم الإشعاعي المرجعي الأول بعد حوالي 3 أشهر من نهاية الدورة علاج.

إذا كانت هناك أعراض تقلقك (صعوبة في التنفس، نزيف، حمى، ألم لا يمكن السيطرة عليه مع العلاج المسكن الموصوف)، فلا تتردد في استشارتنا على وجه السرعة.

العلاج الكيميائي

سيتم تحديد موعد للتشاور مع طبيب الأورام

الطبية لتوضيح معك طرق هذا العلاج.

يمكن إعطاء هذا العلاج الكيميائي كل أسبوع أو كل ثلاثة أسابيع، حسب الحالة بروتوكولات الدعم المختلفة.

يتطلب العلاج الكيميائي بالتسريب الوريدي إنشاء خط وريدي مركزي تحته

على شكل قسطرة وريدية أو حجرة قابلة للزرع، تحت التخدير الموضعي. يقع تحت

الجلد أمام الصدرية تحت الترقوة أو في الذراع (خط الموافقة المسبقة عن علم). يتم اختيار الجانب من قبل الجراح الذي سيقوم بتركيب هذا الجهاز بنفسك.

سيتم تقديم العلاجات لتجنب و/أو تقليل الآثار الجانبية/

الآثار الجانبية المذكورة ليست إلزامية

- الجهاز الهضمي: غثيان أو قيء، إسهال، التهاب الغشاء المخاطي (آفة القروح في الفم)، تشنجات

آلام في البطن في حالة الإسهال وتغير الذوق ...

- الكلى: فشل كلوي عابر أو دائم

- بيولوجي :

○ اضطراب أيوني (نقص مغنيزيوم الدم، وما إلى ذلك)

○ انخفاض عابر في خلايا الدم الحمراء وخلايا الدم البيضاء والصفائح الدموية، وهو انخفاض في خلايا الدم يمكن أن تؤدي خلايا الدم الحمراء إلى التعب وضيق التنفس، كما يحدث انخفاض في خلايا الدم البيضاء المسؤولة عن انخفاض المناعة، فأنت بالتالي أكثر عرضة لخطر الإصابة بالمرض العدوى (في حالة وجود حمى و/أو قشعريرة شديدة، سيكون من الضروري تناول الدم واستشارة الطبيب (ممارس عام، طبيب أورام أو معالج إشعاعي).

انخفاض الصفائح الدموية قد يؤدي إلى النزيف..

- السمية الأذنية: فقدان السمع و/أو طنين الأذن، وما إلى ذلك.

- السمية العصبية: وخز (تنمل) في الأطراف (الأصابع، الأذنين، أصابع القدمين،

أنف) ...

- صدمة الحساسية

CONCLUSION

La mise en place d'un cadre structuré pour la consultation d'annonce dans le contexte du cancer est indispensable pour offrir un soutien holistique et empathique aux patients tout au long de leur parcours médical. Ce cadre permet d'instaurer une communication claire et efficace entre les professionnels de la santé et les patients, facilitant ainsi la compréhension du diagnostic, des options de traitement et des implications émotionnelles.

La mise en place de ces recommandations favorise également une collaboration étroite entre les différents membres de l'équipe médicale, ce qui garantit une approche multidisciplinaire et coordonnée du traitement. Cela permet d'optimiser les résultats cliniques et de minimiser les risques de confusion ou de malentendus entre les professionnels de la santé et les patients.

Au-delà de l'aspect émotionnel, un cadre structuré pour la consultation d'annonce contribue également à promouvoir une meilleure observance thérapeutique en aidant les patients à comprendre l'importance de leur traitement et en les encourageant à suivre les recommandations médicales de manière proactive.

En conclusion, la mise en place d'un cadre structuré pour la consultation d'annonce dans le contexte du cancer représente une composante essentielle des soins de santé centrés sur le patient. En offrant un soutien émotionnel, une communication claire et une coordination interdisciplinaire, ce cadre contribue à améliorer l'expérience globale du patient et à favoriser des résultats cliniques optimaux.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire pour les patients nouvellement diagnostiqués d'une maladie cancéreuse :

- Date de consultation (par signature de la fiche de consentement) :.....
- Spécialité du médecin :.....
- Sexe : Un homme Une femme
- âge : /__/__/ ans
- Profession :.....

❖ Evaluation psychologique vis-à-vis du diagnostic :

SASRQ (Stanford Acute Reaction Stress Questionnaire)

Vous avez été diagnostiqués d'une maladie cancéreuse et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'évènement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'évènement ? (Cochez une réponse)

- Pas du tout perturbant
- Un peu perturbant
- Modérément perturbant
- Très perturbant
- Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un évènement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut-être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous.

- 0 : Pas du tout ressenti
- 1 : Pratiquement pas ressenti
- 2 : Rarement ressenti
- 3 : Parfois ressenti
- 4 : Souvent ressenti
- 5 : Très souvent ressenti

	0	1	2	3	4	5
1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e).						
2. Je me sens agité(e).						
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté.						
4. Je mets du temps à réagir.						

L'annonce diagnostique en radiothérapie

5. J'essaye de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'évènement.									
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet évènement.									
7. Dès que quelque chose me rappelle l'évènement, j'en suis très bouleversé(e).									
8. La moindre chose me fait sursauter.									
9. Après l'évènement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire.									
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même.									
11. J'essaye d'éviter les activités qui me rappellent l'évènement.									
12. Je me sens à cran, tendu(e).									
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même.									
14. J'évite de parler de l'évènement.									
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'évènement.									
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'évènement.									
17. J'évite de penser à l'évènement.									
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont.									
19. J'ai souvent des flashbacks de l'évènement.									
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions.									
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère.									
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'évènement.									
23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'évènement se reproduisait.									
24. J'ai des absences.									
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'évènement.									

L'annonce diagnostique en radiothérapie

26. L'évènement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes.						
27. J'ai des difficultés à me concentrer.						
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes.						
29. Je suis persuadé(e) que l'évènement se reproduit.						
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'évènement.						

Ces 30 questions ont été regroupées, par leurs auteurs, en cinq symptômes du stress :

- La dissociation :
 - Le détachement ou l'absence de réactivité émotionnelle : items 20, 28 ;
 - La réduction de la conscience de son environnement : items 4, 24 ;
 - La déréalisation : items 3, 18 ;
 - La dépersonnalisation : items 10, 13 ;
 - L'amnésie dissociative : items 16, 25 ;
- La réactivation : items 6, 7, 15, 19, 23, 29 ;
- L'évitement : items 5, 11, 14, 17, 22, 30 ;
- L'anxiété ou le trouble du sommeil : items 1, 2, 8, 12, 21, 27 ;
- La dépréciation : items 9, 26.

La présence d'un symptôme de stress est définie par une réponse comprise entre « parfois ressenti » et « très souvent ressenti », (score de 3 à 5), à un des items définissant le symptôme.

Annexe 2 : Evaluation du ressenti des patients vis-à-vis de l'annonce du diagnostic faite par les médecins :

Q1. Estimez-vous que le médecin qui vous a annoncé votre maladie a su trouver les mots justes pour vous en parler ?

- Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout

Q2. Le médecin que vous avez rencontré lors de l'annonce de votre maladie, vous a-t-il proposé de rencontrer une infirmière ou un autre professionnel pour rediscuter de votre maladie ? Plusieurs réponses possibles

- Oui, une infirmière Oui, un autre professionnel Non

Si non en Q2,

Q3. Même si le médecin ne vous l'a pas proposé, avez-vous rencontré une infirmière ou un autre professionnel pour rediscuter de votre maladie ?

- Oui Non

Si oui en Q2 ou en Q3,

Q4. Estimez-vous avoir reçu une écoute suffisante des infirmières, assistantes sociales, psychologues ou diététicienne pour parler de votre maladie ?

Enquêteur : si besoin, relancer : « les infirmières ou autres professionnels que vous avez rencontrés lors de la phase d'annonce de votre maladie »

- Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout

Si oui en Q2 ou en Q3,

Q5. Et ces professionnels que vous avez rencontrés, ont-ils répondu à vos questions ?

Enquêteur : si besoin, relancer : « les infirmières ou autres professionnels que vous avez rencontrés lors de la phase d'annonce de votre maladie »

- Oui, à toutes vos questions Oui, à certaines de vos questions
 Oui, mais à très peu de vos questions Non, à aucune de vos questions

Q6. Le médecin qui vous a annoncé votre maladie vous a-t-il demandé votre avis sur le programme de traitement ?

- Oui Non

Q7. Estimez-vous avoir eu le temps de discuter du traitement de votre maladie avec le médecin ?

- Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout

Q8. Le médecin vous a-t-il expliqué l'effet qu'aurait le traitement sur votre maladie et les effets indésirables que vous risquiez d'avoir ?

- Oui Non

Q9. Estimez-vous avoir eu suffisamment d'informations sur les effets du traitement ?

L'annonce diagnostique en radiothérapie

- Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout

Nous allons maintenant aborder l'écoute et la présence du personnel soignant

Q10. Le médecin qui vous a annoncé votre maladie, vous a-t-il parlé avec attention et respect?

- Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout

Q11. Estimez-vous avoir reçu aide et soutien de la part du médecin ?

- Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout

Q12. En dehors des consultations, en cas de besoin, avez-vous pu joindre le médecin ...

Enquêteur : relancer « pour les joindre par téléphone ou pour les rencontrer en face-à-face en dehors des consultations »

- Très facilement Assez facilement Assez difficilement
 Très difficilement Vous n'avez pas essayé de le joindre

Si oui en Q2 ou Q3

Q13. L'infirmier (ou un autre soignant) vous a-t-il parlé avec attention et respect lors du temps d'accompagnement soignant ?

- Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout

(Vous n'avez pas rencontré d'infirmière)

Si oui en Q2 ou Q3

Q14. Estimez-vous avoir reçu aide et soutien de la part de l'infirmier (ou d'un autre soignant) lors du temps d'accompagnement soignant ?

- Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout

Si oui en Q2 ou Q3

Q15. En dehors des consultations, en cas de besoin, avez-vous pu joindre l'infirmière ou les autres personnes...

Enquêteur : relancer « pour les joindre par téléphone ou pour les rencontrer en face-à-face en dehors des consultations »

- Très facilement Assez facilement Assez difficilement
 Très difficilement (Vous n'avez pas essayé de les joindre)

Q16. Estimez-vous que vous êtes suffisamment entouré sur le plan médical pour faire face à votre maladie ?

- Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout

Q17. Vous a-t-on remis votre programme personnalisé de soins ?

Enquêteur : relancer « Le programme personnalisé de soins est un document comprenant deux volets : un volet sur les soins avec notamment le traitement choisi et le calendrier du traitement et un volet social. Ce volet social présente les contacts utiles, les coordonnées de la personne ayant réalisé le bilan

L'annonce diagnostique en radiothérapie

social et celles de l'assistante sociale ainsi que les informations relatives au bilan social réalisé au décours de l'annonce et aux consultations sociales réalisées pendant le parcours de soins. »

Oui Non

Q18. Estimez-vous que la prise en charge qui vous est proposée (que ce soit le traitement de la maladie, le soutien psychologique, l'aide aux démarches administratives ou l'aide sociale), correspond à vos attentes et à vos besoins ?

Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout

Q19. Lors du temps d'annonce de votre maladie, vous a-t-on interrogé sur votre situation sociale, familiale et économique ?

Oui Non

Q20. Estimez-vous que votre situation sociale, familiale et économique a été suffisamment prise en compte ?

Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, plutôt pas Non, pas du tout

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Assessment of patient's feeling and psychological impact of announcement of cancer diagnosis at Hassan II University Hospital in Fez
S. Khalfi, *Onkologia i Radioterapia* (2022) Volume 16, Issue 6
- 2- Institut National du Cancer (INCa) : Plan cancer 2003–2007
- 3- L'annonce du diagnostic de cancer : de l'expérience traumatique vers un ajustement des défenses, *Le journal des psychologues* 2020/10 (n°382)
- 4- Libert Y, Reynaert C. L'annonce de mauvaises nouvelles en oncologie : observations et formations, vol. 334. *TempoMédical*; 2011. p. 23.
- 5- Stavropoulou C. Non-adherence to medication and doctor—patient relationship: evidence from a European survey. *Patient Educ Couns* 2011;83:7—13.
- 6- F. Delevallez and al. Breaking bad news in oncology: The Belgian experience. *Revue des Maladies Respiratoires* (2014) 31, 721—728.
- 7- Di Matto et al, Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch inter Med*, 2000 Jul 24; 160(14):2101–7
- 8- Wong WS : The association between patient satisfaction and quality of life in Chinese lung and liver cancer patients. *Med Care* 2008: 46:293–302.
- 9- Errihani H, Abarrou N, Ayemou A, El Mesbahi O, El Mazghi A, Marzouki A, et al. Caractéristiques psychosociales des patients atteints de cancers marocains : étude de 1 000 cas recrutés à l'Institut national d'oncologie de Rabat. *Rev Francoph Psycho-oncologie* 2005 ; 2 : 80–5
- 10- Errihani H, Mrabti H, Boutayeb S, El Ghissassi I, El Mesbahi O, Hammoudi M, et al. Impact of cancer on Moslem patients in Morocco. *Psychooncology* 2008 ; 17 : 98–100
- 11- [Revue le journal des psychologues, 2020/10 p66]
- 12- Pierre Sennessé et Al., Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : textes courts, *Nutrition Clinique et métabolisme* 26, 2012

- 13- The experience of cancer during early and advanced stages: the views of patients and their mates Soc. Sci. Med., 18 (1984), pp. 605–613]. Le niveau d'anxiété chez les familles proches peut s'avérer être, selon certaines études, aussi élevé que chez les patients . [L.L. Northouse, M.A. Swain Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer Nurs. Res., 36 (1987), pp. 221–225
- 14- J. Pillot, Rôle du psychologue dans l'accompagnement au cours du traitement en phase terminale de la personne âgée en oncologie. Rev. Geriatr., 22
- 15- International survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer Cancer Investigation (1987), Adolescents with cancer report their psychosocial needs Journal of Psychosocial Oncology (1984)
- 16- La délicate protection du droit dans l'annonce du diagnostic, Dans Contraste 2014/2 (N° 40), pages 57 à 66
- 17- Brzustowki M [Connaissances de la diversité, 2001 – cairn.info](https://www.cairn.info)
- 18- Prognostic value of sarcopenia in adults with solid tumours: A meta-analysis and systematic review, EJC, 2016
- 19- Pierre Senneze et Al., Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer : textes courts, Nutrition Clinique et métabolisme 26, 2012
- 20- L.L. Northouse, M.A. Swain Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer Nurs. Res., 36 (1987), pp. 221–225
- 21- [J. Pillot, Rôle du psychologue dans l'accompagnement au cours du traitement en phase terminale de la personne âgée en oncologie. Rev. Geriatr., 22]
- 22- La délicate protection du droit dans l'annonce du diagnostic, Dans Contraste 2014/2 (N° 40), pages 57 à 66]

RESUME

Résumé mémoire

Introduction :

L'annonce d'un diagnostic de cancer est une étape cruciale dans le parcours de soins d'un patient. En tant que première étape du parcours de soin, elle revêt une importance capitale dans le vécu personnel du patient ainsi que sa compliance au traitement.

C'est pour cela que la mise en place d'un dispositif d'annonce est nécessaire dans les services d'oncologie-radiothérapie.

Nous avons, d'après une étude transversale, évalué l'impact psychologique de la qualité d'annonce du diagnostic du cancer chez les patients traités au service de Radiothérapie du CHU Hassan II de Fès.

Objectifs :

- Evaluation du ressenti des patients lors d'une première consultation d'annonce en radiothérapie
- Proposition d'un dispositif d'annonce adapté au service et aux patients
- Proposition de plans personnalisés de soin adapté à chaque localisation

Résultats :

Pour les résultats de la première évaluation sur le ressenti après l'annonce du diagnostic, on note une perception favorable des patients de 88,7 % par rapport à la structuration de l'annonce. 72% des patients estimaient que le temps qui a été consacré à l'annonce n'était pas suffisant, 68,5% n'ont pas été impliqués dans le choix thérapeutique et 68,1% de nos patients estimaient que leur situation sociale, familiale et économique n'a pas été prise en considération.

Concernant la perception globale des patients vis-à-vis de l'annonce, 52,2% des participants étaient satisfaits.

Suite à ces résultats, nous avons proposé un ensemble de recommandations à travers des réunions avec les experts dans le domaine de l'annonce en cancérologie et en psycho-oncologie.

Parmi ces recommandations nous citons :

- La mise en place d'une consultation dédiée, programmée à l'avance avec un temps suffisant, dans un lieu approprié. Durant cette consultation, le médecin devra prendre en compte la maladie du patient, son état psychologique, son vécu, son statut social, son niveau intellectuel, ses croyances, etc.

- Accompagnement du patient par différents professionnels paramédicaux tels qu'une infirmière de coordination, un psychologue, nutritionniste, assistante sociale

- Proposition de différents plans personnalisés de soins pour chaque localisation adaptés à la radiothérapie

Conclusion :

L'annonce d'une maladie cancéreuse est toujours un traumatisme pour la personne malade. Néanmoins, cette annonce peut être un facteur aggravant ou atténuant ce traumatisme et impactant directement l'observance thérapeutique. L'objectif de ce travail est de mettre un cadre à la consultation d'annonce afin d'accompagner au mieux le patient avant, pendant et après le traitement ainsi que guider les médecins en cours de formation pour mieux assurer cette pratique.