

Article offert EN LIGNE

Soins infirmiers pour patients atteints du cancer du poumon non à petites cellules recevant une chimiothérapie adjuvante : implications pour la pratique fondée sur les données probantes

par Lorraine Martelli-Reid, Sue Baker, Christopher A. Smith, Christina Lacchetti, Yee C. Ung, William K. Evans et des membres du Lung Cancer Disease Site Group du Program in Evidence-Based Care d'Action Cancer Ontario

Abrégé

Les infirmières en oncologie prodiguent des soins aux patients et à leur famille dans tout le continuum des soins de cancérologie, notamment en offrant des services de counseling aux patients relativement à l'achèvement du traitement, en dispensant de l'enseignement en vue de prévenir les effets secondaires, en évaluant et en gérant les symptômes et en effectuant le suivi nécessaire. Comme nous jugions qu'il était nécessaire d'explorer ces préoccupations du point de vue des soins infirmiers en vue d'améliorer les soins aux patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) avec résection tumorale recevant une chimiothérapie adjuvante, nous avons amorcé la préparation d'un rapport d'orientation pour les soins infirmiers. Ce dernier a été élaboré à partir des données d'un rapport sur les lignes directrices de pratique, des principes généraux établis par

l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO), du modèle des soins de soutien de Fitch et de l'expérience clinique des membres du Groupe spécialisé dans le cancer pulmonaire. On y souligne et aborde les résultats liés à la toxicité et aux événements indésirables causés par la chimiothérapie adjuvante et les effets secondaires et symptômes qui peuvent se prêter à une intervention infirmière.

Contexte

Le Lung Cancer Disease Site Group (que l'on appellera ci-après Groupe spécialisé dans le cancer pulmonaire) du Program in Evidence-Based Care (PEBC) d'Action Cancer Ontario a élaboré un guide de pratique clinique, basé sur un examen systématique de la littérature relative à l'utilisation médicale de la chimiothérapie postopératoire dans le cas d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) avec résection tumorale complète (Alam et coll., 2006). Ce guide de pratique recommandait la chimiothérapie à base de cisplatine comme traitement postopératoire chez les patients ayant un cancer de stage II ou IIIA avec résection tumorale complète dont la condition est jugée suffisamment bonne pour la chimiothérapie. En revanche, cette dernière n'était pas conseillée chez les patients ayant un cancer de stade IB.

Ces recommandations relatives au traitement ont de plus vastes répercussions pour la prise en charge des patients étant donné qu'il est nécessaire d'évaluer et de gérer de manière adéquate les toxicités liées à la chimiothérapie si l'on veut que les patients reçoivent les bienfaits optimaux de cette thérapie. Le guide de pratique souligne que la toxicité ainsi que les bienfaits et les limites éventuelles du traitement adjuvant doivent être discutés en détail avec les patients et reconnaît de plus en plus l'importance d'une prise en charge efficace de la maladie et des symptômes liés au traitement (Alam et coll., 2006). Les membres du Groupe spécialisé dans le cancer pulmonaire ont fait remarquer qu'il est difficile de mener les traitements adjuvants à terme à cause des effets secondaires. Les infirmières assument divers rôles dans le continuum des soins, notamment en offrant des services de counseling aux patients relativement à l'achèvement du traitement, en dispensant de l'enseignement en vue de prévenir les effets secondaires, en évaluant et en gérant les symptômes de la maladie et de la chirurgie antérieure et en assurant le suivi nécessaire. Comme nous jugions qu'il était important d'explorer ces préoccupations du point de vue des soins infirmiers en vue d'améliorer les soins aux patients recevant une chimiothérapie adjuvante pour un CPNPC avec résection tumorale, nous avons lancé la préparation d'un rapport d'orientation pour les soins infirmiers.

Il est prévu que ce rapport devienne une ressource pour les infirmières soignant des patients atteints de CPNPC et recevant une chimiothérapie adjuvante. Nous y passons en revue les données probantes sur la toxicité et sur les événements indésirables liés à la chimiothérapie adjuvante et dégageons les principaux effets secondaires qui se prêtent à l'évaluation et à l'intervention infirmières. Pour chacun des effets secondaires majeurs, des stratégies

Lorraine Martelli-Reid, inf., M.Sc.inf., Centre de cancérologie Juravinski, Hamilton Health Sciences et Université, Hamilton, ON.

Sue Baker, inf., M.Sc.inf., Centre des sciences de la santé de London, London Regional Cancer Program, London, ON.

Christopher A. Smith, M.Sc., Program in Evidence-Based Care d'Action Cancer Ontario, Université McMaster, Downtown Campus, Hamilton, ON.

Christina Lacchetti, M.Sc.S., Program in Evidence-Based Care d'Action Cancer Ontario, Université McMaster, Downtown Campus, Hamilton, ON.

Yee C. Ung, M.D., FRCPC, Centre de cancérologie Odette et Université de Toronto, Toronto, ON.

William K. Evans, M.D., FRCPC, Centre de cancérologie Juravinski, Hamilton Health Sciences et Université McMaster, Hamilton, ON.

Veillez consulter la section Program in Evidence-Based Care du site Web d'Action Cancer Ontario afin d'obtenir la liste des membres actuels du Lung Disease Site Group (<http://www.cancercare.on.ca/>).

Auteure pour la correspondance : Lorraine Martelli-Reid c/o Christina Lacchetti, Cancer Care Ontario - Program in Evidence-based Care, McMaster University Downtown Campus, 1280 Main St West, Hamilton, ON L8S 4L8.
Tél. : 905-525-9140, poste 22172, Téléc. : 905-522-7681,
Courriel : lacchet@mcmaster.ca

d'évaluation et de gestion sont cernées, et des conseils sont offerts en vue de répondre aux besoins d'information et aux besoins physiques et émotionnels des patients tout au long de la trajectoire du traitement. Les Normes de soins élaborées par l'ACIO examinent des aspects clés d'une pratique efficace dans ce contexte de soins et forment les assises des conseils fournis dans ce rapport (Association canadienne des infirmières en oncologie, 2002).

Méthodologie

En 2006, le Groupe spécialisé dans le cancer pulmonaire a réalisé une recension des écrits et élaboré un guide de pratique clinique sur la chimiothérapie adjuvante chez les patients atteints de CPNPC ayant subi une résection tumorale (Alam et coll., 2006). Le présent document infirmier a été rédigé en vue de compléter ce rapport. Nous avons réalisé une recension des écrits afin de trouver les guides de pratique infirmière et les rapports fondés sur des données probantes publiés qui abordaient les soins aux patients recevant de la chimiothérapie pour un CPNPC. La recension concernait les bases de données et les périodes suivantes : AMED (Allied and Complementary Medicine) <1985 à janvier 2007>, CINAHL - Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature <1982 à la première semaine de février 2007>, EMBASE <1980 à la cinquième semaine de 2007>, Health and Psychosocial Instruments <1985 à janvier 2007>, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations <6 février 2007>, Ovid MEDLINE(R) <1950 à la quatrième semaine de janvier 2007>, PsycINFO <1806 à la cinquième semaine de janvier 2007>, Canadian Medical Association Infobase (<http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>), et National Guidelines Clearinghouse (http://www.guideline.gov/browse/guideline_index.aspx). La recension était structurée autour de divers mots clés anglais équivalant aux termes « guide de pratique », « cancer du poumon » et « soins infirmiers ». La recension comprenait également des textes additionnels non publiés dans des revues spécialisées lesquels ont été découverts au moyen de recherches en ligne dans des sites Web professionnels réputés ou dans les dossiers des auteures. Afin d'obtenir des données supplémentaires sur les effets secondaires de la chimiothérapie, des recherches ont été effectuées dans la version électronique du Compendium of Pharmaceuticals and Specialties de l'Association des pharmaciens du Canada (<http://e-cps/pharmacists.ca/CPHA/>) et dans le Cancer Care Ontario Formulary (<http://www.cancercare.on.ca/english/toolbox/drugs/drugformulary/>).

Quoiqu'une recension des écrits structurée ait été menée relativement aux guides de pratique publiés sur des sujets liés aux soins infirmiers pour le cancer du poumon, les deux guides de pratique mis au jour n'étaient pas basés sur des résultats de recherche ou ne concernaient pas le champ d'application de ce rapport (The London and South East Lung Cancer Forum for Nurses, 2004; Quinn, 1999). Le Groupe spécialisé dans le cancer pulmonaire a donc élaboré des directives propres aux soins infirmiers sur ce sujet en utilisant les résultats récupérés dans le rapport sur les guides de pratique médicale (Alam et al., 2006), les principes généraux établis par l'ACIO relativement à la pratique infirmière en oncologie (Association canadienne des infirmières en oncologie, 2002), le modèle de Fitch permettant de cerner les domaines auxquels appartiennent les besoins des patients et des proches dans l'ensemble du continuum des soins de cancérologie (Fitch, 2003; Fitch, 1994) et enfin, l'expérience clinique des membres du Groupe spécialisé dans le cancer pulmonaire.

Orientation

Normes de soins, rôles infirmiers en oncologie et compétences relatives aux rôles infirmiers

Les énoncés du document de l'ACIO Normes de soins, rôles infirmiers en oncologie et compétences relatives aux rôles infirmiers sont à la base de la pratique infirmière optimale pour les patients

atteints du cancer du poumon. Ces énoncés sont d'une vaste portée et s'appliquent aux infirmières s'occupant de l'ensemble des types de cancer, y compris le cancer du poumon. Bien que les énoncés de l'ACIO aient une grande valeur à titre de principes d'orientation généraux pour la pratique infirmière, il est nécessaire de disposer d'une orientation plus spécifique concernant les enjeux associés aux soins des patients recevant une chimiothérapie adjuvante pour un CPNPC avec résection tumorale. Les membres du Groupe spécialisé dans le cancer pulmonaire ont examiné et prolongé les Normes de soins de l'ACIO afin d'élaborer des directives de pratique particulières à destination des infirmières œuvrant dans ce contexte. Les normes de l'ACIO reflètent le concept selon lequel les patients ont droit aux éléments de soin suivants : soins personnalisés et holistiques; soins axés sur la famille; autodétermination et accès à l'information éclairant la prise de décisions, soins coordonnés et continus avec voies de communication ouvertes et accès à l'équipe interdisciplinaire; relations thérapeutiques fondées sur le soutien, les connaissances et l'attitude professionnelle; et enfin, soins éthiques et fondés sur des données probantes où l'accent est mis sur une gestion des symptômes et une promotion de la santé méticuleuses. Le Groupe spécialisé dans le cancer pulmonaire recommande aux infirmières qui soignent des patients recevant une chimiothérapie adjuvante pour un CPNPC avec résection tumorale d'adhérer à ces énoncés dans leur pratique.

De plus, le modèle de Fitch, qui intègre six domaines définis des besoins des patients et de leur famille (besoins physiques, émotionnels, informationnels, psychosociaux, spirituels et pratiques) ainsi que neuf phases temporelles de prestation des soins tout au long du continuum de l'épreuve du cancer (phase prédiagnostique, diagnostique, dialogue/référence, traitement, réadaptation, survie, récurrence, soins palliatifs et phase du deuil), est un outil conceptuel d'une grande utilité pour orienter la pratique infirmière, et il sous-tend une majeure partie de l'orientation formulée ci-après (Fitch, 2003; Fitch, 1994). Comme le modèle l'indique, les individus rejoignent le système de prestation des soins en cancérologie à divers moments et ils vivent l'épreuve de différentes manières au fil du temps. Tandis qu'ils cheminent le long de la trajectoire des soins en cancérologie, les patients et les membres de la famille éprouvent leurs propres besoins physiques, émotionnels, psychologiques, sociaux, informationnels, pratiques et spirituels. Ces besoins fluctuent en fonction de la maladie proprement dite, des effets et des toxicités du traitement et des interactions avec le personnel soignant. À chaque phase de l'épreuve du cancer, des besoins naissent, changent d'intensité ou se résorbent. Si ces besoins demeurent insatisfaits, les patients continuent d'éprouver une détresse et une agitation physique(s) et/ou émotionnelle(s). La détresse émotionnelle et physique peut magnifier et compromettre la fidélité à la thérapie anticancéreuse (Carlson et Bultz, 2004; Douillard et coll., 2005; Shepherd et coll., 2004) et accroître l'utilisation, par les patients, des services de santé communautaire et des visites aux urgences (Carlson et Bultz, 2004; Kurtz, Kurtz, Given et Given, 2006).

Commencement du traitement adjuvant

L'application du modèle des soins de soutien de Fitch (Fitch, 2003; Fitch, 2004) et l'orientation fournie par la documentation de l'ACIO aident l'infirmière en oncologie à répondre aux besoins des patients mentionnés ci-dessous. Le besoin d'information est élevé lorsque les patients et leurs proches rejoignent la trajectoire des soins en cancer à la phase du traitement. Le besoin de soutien émotionnel et spirituel peut demeurer constant tout au long de la maladie, et les questions liées à la douleur et aux symptômes peuvent prédominer à mesure que la maladie ou les traitements progressent. Les infirmières occupent une position privilégiée pour offrir du soutien et des consultations aux patients et à leurs proches en ce qui concerne les enjeux liés à la prise de décisions sur le traitement. Elles fournissent un soutien important

et de précieuses sources d'information / d'orientation aux patients qui ont des questions et des préoccupations reliées à la thérapie, notamment la gamme des options de traitement disponibles, les buts de la thérapie, leur pronostic, les toxicités associées et l'impact du

Tableau 1 : Pourcentage des patients sous cisplatine-vinorelbine qui éprouvent des effets indésirables de la chimiothérapie			
Étude (référence)	Profil d'événements indésirables (%)		
	Winton 2005 (21)	Douillard 2005 (7)	
	Tous grades	Grades 3/4	Grades 3/4
Domaine gastrointestinal			
Diarrhée	23	<1	-
Nausée	80	10	27
Vomissements	48	7	
Constipation	47	3	-
Domaine neurotoxique			
Perte auditive	21	2	-
Neuropathie sensitive	48	2	-
Neuropathie motrice	15	3	-
Domaine respiratoire			
Dyspnée	18	4	-
Domaine hématologique			
Thrombocytopénie	32	1	-
Anémie	93	7	14
Neutropénie	88	73	85
Infection	22	1	11
Neutropénie fébrile	7	7	13
Domaine biochimique			
Hausse du taux d'ALT	18	<1	-
Hausse du taux de bilirubine	4	<1	-
Hausse du taux de créatinine	16	<1	-
Domaine général			
Fatigue	81	15	-
Anorexie	55	10	15
Asthénie	-	-	28
Alopécie	32	0	5
Toxicité locale	35	3	-
Phlébite	-	-	3
Clé : ALT (ou ALAT) = alanine aminotransférase Régimes : Winton (2005) utilisait la cisplatine à raison de 50 mg/m ² les journées 1 et 8 q4semaines + la vinorelbine à raison de 25 mg/m ² q1semaine, tandis que Douillard (2006) administrait la cisplatine à raison de 100 mg/m ² jour 1 q4semaines x 4 + la vinorelbine à raison de 30 mg/m ² /q1semaine x 16 administrations.			

traitement sur la qualité de vie. Lorsqu'elles dispensent l'enseignement et l'encadrement nécessaires, les infirmières doivent s'assurer que les patients ont une compréhension adéquate de leurs options en matière de traitement, y compris celle de ne suivre aucun traitement. Cela permettre aux patients de prendre des décisions éclairées en matière de traitement en harmonie avec leurs propres valeurs et grands buts dans la vie et la manière dont ils veulent vivre cette dernière. Les infirmières doivent également procurer aux patients et à leurs proches de la documentation présentée sous une forme écrite facilement utilisable. Cette information destinée aux patients et élaborée par divers organismes, est disponible dans leurs sites Web, notamment ceux d'ACO (<http://www.cancercare.on.ca/>), de l'American Society of Clinical Oncology (<http://www.peoplelivingwithcancer.org>) et du service d'information sur le cancer du National Cancer Institute américain (<http://cancer.gov/cancerinfo/>).

Les taux de détresse psychologique sont plus élevés chez les patients atteints du cancer du poumon que chez ceux atteints d'autres types de cancer (Zabora, Brintzenhofesoc, Curbow, et Piantadosi, 2001). La dépression et l'anxiété peuvent naître dès le diagnostic, durant la période périopératoire ou pendant l'année qui suit la chirurgie (Newell, Sanson-Fisher et Savolainen, 2002; Yosuke et coll., 2003). Comme les infirmières peuvent se trouver en présence de culpabilité chez les fumeurs, de morbidité liée à la chirurgie ou de pronostics éventuellement sombres, il est impératif qu'elles évaluent les besoins psychosociaux, spirituels et pratiques des patients et élaborent des stratégies de prise en charge appropriées en s'appuyant sur les guides de pratique fondés sur des résultats de recherche des établissements ou des organismes nationaux. En outre, il faut que les infirmières facilitent l'accès aux spécialistes (p. ex. travailleurs sociaux, fournisseurs de soutien spirituel, services et réseaux de soutien, entraide). Une évaluation continue de l'efficacité des stratégies de prise en charge mises en œuvre est essentielle à la satisfaction des besoins psychosociaux, spirituels et pratiques. La prise en charge adéquate de ces besoins aide les patients à mieux gérer leurs propres besoins et à composer avec les exigences de la maladie et des traitements (Newell et coll., 2002). Les infirmières doivent aussi veiller à la continuité des soins infirmiers tout au long du traitement adjuvant puisque les patients voient souvent un grand nombre de professionnels de la santé différents, ce qui constitue une source éventuelle de stress et d'insatisfaction des patients (National Cancer Alliance, 1996).

La réadaptation postopératoire peut être instituée avant même le début du traitement adjuvant. La dyspnée postopératoire peut être efficacement évaluée et gérée par les infirmières au moyen d'interventions non pharmacologiques et ces dernières devraient être mise en œuvre (Bredin et coll., 1999). En outre, il convient de discuter du renoncement au tabac avec les patients et leurs proches tout au long de l'épreuve du cancer. Il s'agit là d'une source d'anxiété, de stress et de culpabilité accrues pour les patients. Étant donné que la plupart des chirurgiens soulignent, en préopératoire, l'importance du sevrage tabagique, le rôle de l'infirmière est d'en renforcer l'importance après la chirurgie et de veiller à ce que le patient dispose de l'information, des références et du soutien psychosocial dont il a besoin. Les infirmières peuvent consulter la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) « La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers » (AIIAO, 2007) en vue de perfectionner cette compétence.

Toxicités liées au traitement chez les patients recevant une chimiothérapie adjuvante

Les toxicités de la chimiothérapie ont une incidence sur la qualité de vie des patients, sur la morbidité et sur la capacité à achever le traitement prévu. Compléter le traitement de chimiothérapie prévu était un enjeu majeur des essais cliniques de la thérapie adjuvante, les

Tableau 2. Outils d'évaluation des toxicités liées à la chimiothérapie et de la détresse relative aux symptômes	
Outil	Description
Toxicités liées à la chimiothérapie	
Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)—Version 3 ou 4.	http://ctep.cancer.gov/reporting/ctc_v30.html — Terminologie descriptive élaborée par le National Cancer Institute en vue de fournir une graduation (échelle) de la sévérité des éventuelles toxicités liées au traitement.
Capacité fonctionnelle	
Karnofsky Performance Status (KPS) Scale (Karnofsky, Abelmann, Craver et Burchenal, 1948)	http://www.promotingexcellence.org/i4a/pages/Index.cfm?pageID=3348 — Une mesure de la déficience fonctionnelle qui comprend une évaluation de l'activité en 11 points, dont le score global va de 0 à 100 (0=mort, 100=normal).
Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Scale (Oken et al., 1982)	http://www.promotingexcellence.org/i4a/pages/Index.cfm?pageID=3351 — Une mesure de la déficience fonctionnelle qui se compose d'une évaluation de l'activité en 5 points, dont le score global va de 0 à 5 (0=normal, 5=mort)
Symptômes	
Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)	http://www.palliative.org/pc/clinicalinfo/assessmettools/esas.pdf — Les items sont les réponses des patients à la sévérité de 9 symptômes telles qu'indiquées sur une échelle visuelle analogue (EVA) de 10 cm. L'ESAS entretient une corrélation étroite avec les sous-échelles des symptômes physiques de la Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT), de la Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) et de l'échelle KPS.
Lung Cancer Symptom Scale (LCSS)	http://www.lcss-ql.com/ — Le score de la LCSS se compose des scores agrégés de 9 items évalués par le patient (EVA de 10 cm), et de 6 items évalués par l'observateur (échelle d'évaluation à 5 points). Cette échelle met l'accent sur les dimensions physiques et fonctionnelles de la qualité de vie, est d'une excellente sensibilité à l'ensemble des niveaux de l'échelle KPS et est propre au type de cancer.
Détresse liée aux symptômes	
The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)	http://www.promotingexcellence.org/i4a/pages/Index.cfm?pageID=3410 — Les patients évaluent la fréquence et la sévérité de 32 symptômes éprouvés la semaine précédente ainsi que la détresse qui y était associée. La cotation fournit des résultats de sous-échelles validées pour la détresse globale liée aux symptômes, pour les symptômes physiques et pour les symptômes psychologiques.
Intensité de la douleur	
The Brief Pain Inventory (BPI)	http://www.mdanderson.org/departments/prg/display.cfm?id=0EE7830A-6646-11D5-812400508B603A14&pn=0EE78204-6646-11D5-812400508B603A14&method=displayfull Les patients évaluent l'intensité de la douleur au moyen d'une échelle numérique de 0 à 10 (0=aucune douleur, 10=la pire douleur possible) et l'impact que la douleur exerce sur les activités quotidiennes, l'humeur, la capacité de marcher, le sommeil, les mouvements, la jouissance de la vie et les relations avec autrui.
Dépression	
Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)	http://www.hqlo.com/content/1/1/29 — Instrument conçu pour détecter la présence et la sévérité de niveaux modérés de troubles de l'humeur, d'anxiété et de dépression. Les scores de 0 à 7 dans les sous-échelles respectives sont considérés normaux, les scores 8-10, « limites », tandis que les scores 11 ou plus signalent la présence d'un cas clinique.
Dyspnée	
Modified Borg Scale	http://ajrcm.atsjournals.org/cgi/content/full/158/5/1557 — Cette échelle nominale qui va de 0 à 10 peut renseigner rapidement et facilement sur la perception subjective de la dyspnée par le patient.
Perturbation du cycle veille-sommeil	
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	http://www.ingentaconnect.com/content/els/00223999/1998/00000045/00000001/art00298 http://www.hartfordign.org/publications/trythis/issue06_1.pdf — Score global de la qualité du sommeil avec des sous-échelles concernant la qualité du sommeil, sa latence, sa durée, son efficacité habituelle, sa perturbation, l'utilisation de médicaments hypnotiques et enfin, le fonctionnement diurne.
Besoins en matière de soins de soutien	
Supportive Care Needs Survey – Short Form 34 items (SCNS-SF34)	http://www.newcastle.edu.au/centre/cherp/professionalresources/surveys.html — Permet d'évaluer les besoins des patients atteints de cancer tels qu'ils sont perçus par ces derniers à la fois globalement et dans les domaines suivants : a. liés à la sexualité, b. psychologiques, b. liés au système de santé et à l'information, b. physiques et b. liés à la vie quotidienne, aux soins et au soutien aux patients.

essais à grande échelle rapportant que seulement entre 50 et 70 % des patients recevaient la dose de chimiothérapie anticipée (Douillard et al., 2006; Winton et al., 2005). Une analyse multivariable a révélé des différences statistiquement significatives en matière d'achèvement du traitement en fonction de l'étendue de la chirurgie, du sexe et de l'âge. Les femmes, les personnes âgées et les patients ayant subi une exérèse pulmonaire étaient moins susceptibles de suivre la thérapie jusqu'au bout (Alam et coll., 2005). On s'inquiète particulièrement des toxicités de grade 3 ou 4 signalées chez plus de 5 % des patients recevant une chimiothérapie adjuvante à base de cisplatine-vinorelbine (Tableau 1). Celles-ci comprennent la neutropénie fébrile, la thrombocytopénie et l'anémie (Douillard et coll., 2006; Winton et coll., 2005). Les malaises ou la fatigue sont la plus fréquente (81 %) et la plus sévère (15 %) des toxicités non hématologiques associées au traitement à base de cisplatine-vinorelbine (Winton et coll., 2005). L'infirmière en oncologie doit garder ces facteurs en tête lorsqu'elle soutient les patients tout au long du traitement.

Évaluation infirmière des toxicités liées au traitement

Durant la période du traitement, l'infirmière en oncologie joue un rôle capital sur le plan de la prévention et de la détection précoce des toxicités liées au traitement ayant une incidence sur la qualité de vie du patient, sur sa capacité fonctionnelle et affective, sa capacité d'auto-soin, ses comorbidités et sa capacité à aller jusqu'au bout du traitement prévu. Il est nécessaire de procéder à une évaluation approfondie des antécédents du patient et à une évaluation physique avant de débiter la chimiothérapie, ainsi que durant la période du traitement, afin de déterminer les toxicités liées au traitement et leur impact, au fil du temps, sur la vie des patients. En plus des toxicités liées au traitement, l'infirmière en oncologie doit également avoir conscience d'autres symptômes courants que les patients peuvent présenter soit du fait de la maladie elle-même soit du fait d'avoir subi une thoracotomie, comme une douleur cicatricielle ou une douleur neuropathique. Il est établi qu'entre 15 et 44 % de tous les patients diagnostiqués d'un cancer du poumon sont atteints d'une forme quelconque de dépression (Cooley, 2000; Ginsburg, Quirt, Ginsburg et MacKillop, 1995; Yosuke et coll., 2003). De plus, les perturbations du cycle veille-sommeil sont également courantes chez les patients nouvellement diagnostiqués du cancer du poumon (Cooley, 2000).

Comme il existe un grand nombre d'outils d'évaluation, chaque équipe spécialisée dans le cancer du poumon doit déterminer ceux qui lui sont les plus utiles et les employer de façon uniforme afin de bien les maîtriser et d'en garantir l'efficacité. ACO a recommandé que l'Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) soit utilisée chez tous les patients atteints de cancer. Cette échelle d'évaluation des symptômes qui fournit une vue d'ensemble des symptômes courants chez les patients atteints de cancer est facile à remplir. Puisque la fatigue est un symptôme fréquent qui peut entraîner la non-exécution des multiples outils d'évaluation, l'ESAS permet d'explorer ou de mesurer plus à fond uniquement les symptômes les plus problématiques et d'obtenir une information objective par le biais d'une évaluation globale. Le tableau 2 présente quelques autres échelles à items brefs et outils de mesure faciles à remplir qui donnent des renseignements objectifs sur l'apparition, sur la sévérité des symptômes et de la détresse qu'ils occasionnent et sur l'efficacité de la prise en charge.

Intervention infirmière pour les toxicités liées au traitement

Pour être optimale, la gestion infirmière des toxicités liées au traitement doit être lancée avant l'administration de la chimiothérapie. L'enseignement au patient relatif à la prévention et à l'atténuation des toxicités associées à la chimiothérapie adjuvante à base de cisplatine-vinorelbine pourrait inciter le patient à s'auto-surveiller à des fins de détection et de signalement immédiat

des symptômes et des inquiétudes. Les infirmières doivent avoir conscience des facteurs modifiant la fidélité au traitement (p. ex. comorbidités, étendue de la chirurgie, sexe et âge) et aider les patients à aller jusqu'au bout de leur traitement grâce à la détection précoce et à la prise en charge méticuleuse des toxicités liées au traitement.

Les interventions infirmières relatives à l'évaluation, à la prévention et à l'atténuation des toxicités de la chimiothérapie à base de cisplatine-vinorelbine ont déjà fait l'objet d'une étude approfondie, et les stratégies de prise en charge sont présentées dans le document Pratique des soins infirmiers au téléphone et lignes directrices pour le traitement des symptômes affiché dans le site Web d'ACO (<http://www.cancercare.on.ca/documents/TelephoneNursingGuidelines-French.pdf>) (version française), dans le site Web du National Comprehensive Cancer Network des États-Unis (<http://www.nccn.org/default.asp>) et dans celui de l'Oncology Nursing Society (ONS) (<http://www.ons.org/outcomes/measure/summaries.shtml>).

Soins de suivi

Les infirmières jouent un rôle essentiel au niveau du suivi et de la réadaptation des patients ayant subi un traitement adjuvant pour leur cancer du poumon. La réadaptation peut avoir lieu dans le cadre de la pratique oncologique médicale ou chirurgicale ou dans le contexte des soins primaires. En plus d'assurer une surveillance médicale, les infirmières ont le savoir nécessaire pour assurer le suivi concernant un bon nombre des conséquences des toxicités liées à la chimiothérapie adjuvante. Un essai aléatoire portant sur le suivi de patients atteints du cancer du poumon a révélé une satisfaction accrue des patients, une détection plus précoce de la progression des symptômes, de meilleurs résultats en matière de fonctionnement affectif, une dyspnée moins sévère, une moindre neuropathie périphérique et moins de consultations auprès de médecins chez les patients également suivis par une infirmière, en comparaison avec les patients qui ne recevaient que le suivi médical conventionnel (Moore et al., 2002). Les infirmières doivent aborder un certain nombre de questions lorsqu'elles effectuent le suivi, notamment fournir de l'information sur l'importance des soins de suivi et de leurs objectifs particuliers; de la gestion de la douleur; du renoncement au tabac; des troubles généraux associés au cancer et au traitement dont la fatigue, de l'incapacité physique due à la chirurgie ou au déconditionnement, de la dysfonction sexuelle, des troubles neurologiques et musculosquelettiques, de la perte auditive et de la déficience cognitive; de l'éducation relative aux habitudes saines de la vie quotidienne; des problèmes reliés à la réduction de la capacité pulmonaire; des consultations de soutien; et enfin, des signes et symptômes de la récurrence possible du cancer.

Les infirmières doivent fournir de l'information et du soutien aux patients lorsqu'ils composent avec le retour au travail et avec d'autres enjeux liés à la survie. Lung Cancer Online fournit des renseignements sur des questions courantes en matière de survie et sur la façon dont on peut soutenir les patients parvenus à cette phase du continuum des soins (<http://www.lungcanceronline.org/surviving/index.html>). Il convient d'envisager la mise sur pied de cliniques de suivi dirigées par des infirmières pour les patients ayant achevé leur chimiothérapie adjuvante. De nouvelles recherches sont requises en vue de déterminer la fréquence et la nature de la surveillance en matière de santé exigées pour fournir aux patients des soins de suivi cohérents.

Conclusion

Les membres du Groupe spécialisé dans le cancer pulmonaire ont souligné qu'à leur expérience, les patients avaient de la difficulté à aller jusqu'au bout du traitement de chimiothérapie adjuvante à base de cisplatine/vinorelbine à cause de ses effets secondaires, et ils estimaient qu'une orientation spécifique à

l'exercice infirmier concernant ces préoccupations aiderait à améliorer les soins dispensés à ces patients. Ce rapport souligne les données probantes portant sur la toxicité et les événements indésirables déclenchés par la chimiothérapie adjuvante et aborde les effets secondaires et les symptômes majeurs qui se prêtent à l'évaluation et à l'intervention infirmières. Les infirmières en

oncologie jouent un rôle capital, à titre d'intervenantes primaires ou d'intervenantes pivots, dans la communication, aux patients, de l'importance de l'achèvement du traitement, dans l'atténuation de la toxicité et dans la fourniture de soutien aux patients et à leurs proches dans tout le continuum des soins. 🍀

Références

- Alam, N., Darling, G., Shepherd, F.A., Mackay, J.A., Evans, W.K., & Lung Cancer Disease Site Group of Cancer Care Ontario's Program in Evidence-Based Care. (2006). Postoperative chemotherapy in non-small cell lung cancer: A systematic review. **The Annals of Thoracic Surgery**, *81*(5), 1926–1936.
- Alam, N., Shepherd, F.A., Winton, T., Graham, B., Johnson, D., Livingston, R., et al. (2005). Compliance with post-operative adjuvant chemotherapy in non-small cell lung cancer. An analysis of National Cancer Institute of Canada and intergroup trial JBR.10 and a review of the literature. **Lung Cancer**, *47*(3), 385–394.
- Association canadienne des infirmières en oncologie. (2002). **Normes de pratique de l'ACIO**. Vancouver (C.-B.) : Association canadienne des infirmières en oncologie.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2007). **La cessation du tabagisme: intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers**. Version révisée. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Bredin, M., Corner, J., Krishnasamy, M., Plant, H., Bailey, C., & A'Hern, R. (1999). Multicentre randomized controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. **British Medical Journal**, *318*, 901–904.
- Carlson, L.E., & Bultz, B.D. (2004). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. **Psychooncology**, *13*, 837–849.
- Cooley, M.E. (2000) Symptoms in adults with lung cancer. A systematic research review. **Journal of Pain and Symptom Management**, *19*(2), 137–153.
- Douillard, J.Y., Rosell, R., De Lena, M., Carpagnano, F., Ramlau, R., Gonzales-Larriba, J.L., et al. (2006). Adjuvant vinorelbine plus cisplatin versus observation in patients with completely resected stage IB-IIIa non-small-cell lung cancer (Adjuvant Navelbine International Trialist Association [ANITA]): A randomised controlled trial. **The Lancet Oncology**, *7*(9), 719–727.
- Douillard, J.Y., Rosell, R., De Lena, M., et al. (2005). ANITA: Phase III adjuvant vinorelbine (N) and cisplatin (P) versus observation (OBS) in completely resected (stage I-III) non-small cell lung cancer (NSCLC) patients (pts): Final results after 70 months median follow-up. **Proceedings of the American Society for Clinical Oncology**, *23*, 624S. A7013.
- Fitch, M. (2003). Supportive care: Rebalancing efforts. In T. Sullivan, W. Evans, H. Angus, & A. Hudson (Eds.), **Strengthening the quality of cancer services in Ontario** (pp. 141–163). Ottawa, ON: CHA Press.
- Fitch, M. (1994). **Providing supportive care for individuals living with cancer**. Toronto, ON: Ontario Cancer Treatment and Research Foundation.
- Ginsburg, M.L., Quirt, C., Ginsburg, A.D., & MacKillop, W.J. (1995). Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnosed lung cancer. **Canadian Medical Association Journal**, *152*(5), 701–708.
- Karnofsky, D., Abelmann, W., Craver, L., & Burchenal, J. (1948). The use of nitrogen mustard in the palliative treatment of cancer. **Cancer**, *1*, 634–656.
- Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Given, C.W., & Given, B. (2006). Predictors of use of health care services among elderly lung cancer patients: The first year after diagnosis. **Support Care Cancer**, *14*, 243–250.
- The London and South East Lung Cancer Forum for Nurses. (2004). Guidelines on the role of the specialist nurse in supporting patients with lung cancer. **European Journal of Cancer Care**, *13*, 344–348.
- Moore, S., Corner, J., Haviland, J., Wells, M., Salmon, E., Normand, C., et al. (2002). Nurse-led follow-up and conventional medical follow-up in management of patients with lung cancer: Randomized trial. **British Medical Journal**, *325*, 1145.
- National Cancer Alliance. (1996). **Patient-centred services? What patients say**. Oxford: NCA.
- Newell, S.A., Sanson-Fisher, R.W., & Savolainen N.J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. **Journal of the National Cancer Institute**, *94*(8), 558–584.
- Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., et al. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. **American Journal of Clinical Oncology**, *5*, 649–655.
- Quinn, S. (1999). Lung cancer: The role of the nurse in treatment and prevention. **Nursing Standard**, *13*(41), 49–54.
- Shepherd, F., Winton, T., Livingston, R., et al. (2004). The impact of adjuvant vinorelbine (VIN) and cisplatin (CIS) on quality of life (QoL): Results from the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group Trial BR.10 randomized trial of VIN/CIS versus observation in stage IB and II non-small cell. **Annals of Oncology**, *15*(Suppl. 3), A6270.
- Winton, T., Livingston, R., Johnson, D., Rigas, J., Johnston, M., Butts, C., et al. (2005). Vinorelbine plus cisplatin vs. observation in resected non-small-cell lung cancer. **New England Journal of Medicine**, *352*(25), 2589–2597.
- Yosuke, U., Ichiro, M., Kanji, N., Yutaka, N., Tatsuo, A., & Hitoshi, O. (2003). Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. **Journal of Clinical Oncology**, *21*(1), 69–77.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. **Psychooncology**, *10*, 19–28.