



Onco'Dialogue

Guide pratique
pour accompagner vos échanges
avec les patients



Pourquoi ce guide ?

Ludovic CHÉNÉ, infirmier d'Annonce et de Coordination en Oncologie Thoracique - *Hôpital Tenon (AP-HP, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris)*

Nouveaux traitements, nouvelles combinaisons thérapeutiques, nouveaux acteurs du soin, parcours de soins de plus en plus complexes, évolution réglementaire des fonctions et des missions infirmières... ce mouvement perpétuel caractérise la pratique infirmière au quotidien. C'est dans ce contexte mouvant que les patients (*avec raison*) attendent du système de santé et des soignants un meilleur accompagnement de leur maladie, de leur traitement, des effets indésirables et de leur vie quotidienne.

Réussir à créer les conditions d'une communication de qualité qui réponde aux attentes des patients est un défi pour le monde infirmier. Savoir laisser sa place aux silences, entendre la question non formulée, percevoir l'inconfort dans un geste ou une posture, aucun protocole de soin ne pourra le garantir.

Convaincus que la communication IDE-patient est un levier puissant pour répondre à ces enjeux dans les parcours oncologiques, et en l'absence d'outils spécifiques dédiés aux IDE, nous avons voulu permettre à chacune et chacun d'entre nous, peu importe le terrain ou le territoire d'exercice, de s'appuyer sur un outil concret, pratique à utiliser, et à portée de main dans chaque blouse blanche. Issu d'expériences de terrains diverses, nous espérons que ce guide sera un appui, un support et un allié dans notre accompagnement des patients au quotidien.

Réussir à créer les conditions d'une communication de qualité qui réponde aux attentes des patients...

Coralie CARTON, cadre de santé - *Hôpital Saint-André, CHU de Bordeaux*

Un guide pratique au service des soignants

Il fait gagner un temps précieux dans l'élaboration des diagnostics infirmiers et soutient les soignants dans leur posture professionnelle...

À la fois outil clinique et humain, ce guide a pour mission d'accompagner les soignants dans une prise en charge globale des patients, en tenant compte à la fois du vécu de la maladie cancéreuse et des dimensions relationnelles, mais aussi de la gestion des effets secondaires.

Il permet aux professionnels d'adopter une posture réflexive, préventive et surtout d'établir une relation de confiance entre le soignant et le patient.

Dans un contexte de soins souvent contraint, ce guide est un outil professionnel efficace permettant une prise en charge globale (identification rapide des effets secondaires en les graduant) et facilitant la transmission des informations essentielles à l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux intervenants dans le parcours du patient.

Enfin, il fait gagner un temps précieux dans l'élaboration des diagnostics infirmiers et soutient les soignants dans leur posture professionnelle face à des situations complexes : annonce difficile, effets secondaires altérant la qualité de vie, etc.

Dr Mario DI PALMA, oncologue médical et chef de service - *Gustave Roussy*

La communication est un élément essentiel de la prise en charge et de l'accompagnement des patients, en particulier en ce qui concerne les patients souffrant de cancer. Cette communication repose sur un dialogue, une écoute, une attitude qui doit être respectueuse et empathique. À cet égard il est certain que les infirmières et infirmiers sont en première ligne.

Tout cela ne va pas de soi et s'apprend. L'objectif de ce guide est de vous apporter, dans une approche qui se veut pragmatique, quelques éléments pour vous aider, au quotidien, à établir une communication de qualité avec vos patients et ainsi jouer pleinement votre rôle auprès d'eux et de leurs proches.

La seconde partie de ce guide indique des outils, là encore dans une approche concrète, pour vous aider à évaluer au mieux les effets secondaires des traitements auxquels sont souvent confrontés nos patients.

L'objectif de ce guide est de vous apporter, dans une approche qui se veut pragmatique, quelques éléments pour vous aider, au quotidien, à établir une communication de qualité avec vos patients et ainsi jouer pleinement votre rôle auprès d'eux et de leurs proches.

IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'état.

Sommaire

1 La communication verbale
L'art de poser les bonnes questions

2 La communication non-verbale
Lire entre les lignes

3 Repérer et prendre en charge
les effets secondaires

3.1 Fatigue

3.2 Douleur

3.3 EI digestifs

3.4 EI cutanés

3.5 EI cardiaques et pulmonaires

3.6 EI neurologiques et troubles de la mémoire

4 Administration et bilans biologiques

EI : Évènement(s) Indésirable(s).

1 La communication verbale : l'art de poser les bonnes questions

Poser une question, c'est aussi la façon dont on la pose et parfois obtenir des informations non recherchées.



CRÉER UN CLIMAT D'ÉCHANGE¹

La manière de formuler vos questions est essentielle pour guider le patient à s'exprimer librement.

 **Préférez des questions ouvertes**, par exemple :
« Depuis votre dernière visite, comment vous sentez-vous ? »

 **Si le patient hésite**, proposez une comparaison simple :
« Par rapport à la dernière fois, diriez-vous que c'est mieux, pareil ou moins bien ? »

 **Évitez les questions fermées** du type :
« Ça va mieux ? » (réponse par oui/non)

→ Les questions ouvertes aident le patient à détailler son ressenti, à explorer ses idées, ses émotions et ses comportements, favorisant ainsi une communication plus riche et utile.

→ Soyez attentif aux autres informations que le patient peut délivrer au-delà du sujet de la question posée.

ÉVITER DE SUGGÉRER DES IDÉES¹

Pour recueillir des réponses sincères, privilégiez des questions neutres qui ne suggèrent pas la réponse.

 **Préférez des questions neutres**, par exemple :
« Avez-vous remarqué des changements dans votre fatigue ? »

 **Si la réponse est peu précise**, relancez ainsi :
« Comment cette fatigue affecte-t-elle votre quotidien ? »

 **Évitez les questions trop suggestives** du type :
« Vous êtes fatigué, n'est-ce pas ? »

→ Il est important d'avoir conscience de l'impact de ses mots : la manière de questionner peut guider, voire influencer le patient dans l'expression de son ressenti et de ses comportements.

QUELQUES TECHNIQUES POUR REFORMULER ET CLARIFIER¹

• **La répétition en écho** : il s'agit de **reprendre les derniers mots du patient** pour permettre de relancer l'échange et de suivre le fil de ses idées.

Exemple :

PATIENT : « Je ne me sens pas encore en état de sortir sereinement. »

VOUS : « Sereinement ? »

PATIENT : « Oui, je ne me sens pas en sécurité si je ne suis pas entouré et que je fais un malaise. »



→ Cette technique fait comprendre au patient qu'il est entendu et compris, l'aidant ainsi à structurer sa pensée et à exprimer plus précisément ce qu'il ressent.

1

La communication verbale :

l'art de poser les bonnes questions

- **La formulation en reflet** : elle permet de **faire sentir au patient que l'on perçoit ce qu'il vit** ici et maintenant et favorise l'empathie.

Exemple :

PATIENT : « *Je ne me sens pas très bien aujourd'hui, comme paralysé.* »

VOUS : « *Vous semblez comme perdu...* »

PATIENT : « *Oui, je ne sais pas ce qui va se passer pour moi, tous ces examens, ce qu'on va trouver.* »



→ La formulation en reflet aide souvent le patient à clarifier ce qu'il vit, à mettre des mots sur des émotions ou des situations qu'il peine à identifier.

- **La reformulation** : elle commence par « *Si j'ai bien compris* » et s'achève par « *c'est bien cela ?* » et **permet de s'assurer d'avoir correctement interprété les propos du patient** et de recentrer la conversation sur un point précis pour l'explorer davantage.

Cela permet d'éviter les interprétations hâtives ou les biais interprétatifs en permettant au patient de préciser son idée si nécessaire.

Exemple :

PATIENT : « *Je ne comprends pas, hier je me sentais bien et aujourd'hui je me sens stressé.* »

VOUS : « *Si j'ai bien compris, il vous semble qu'aujourd'hui vous vous sentez plus anxieux, c'est bien cela ?* »

PATIENT : « *Oui, une sorte de mal au ventre, comme vaseux. Je crois que c'est depuis la prise des antalgiques, ce matin.* »



→ C'est une approche non-intrusive, qui permet de compléter les propos du patient tout en respectant son ressenti et son rythme.



DÉCRYPTER LE LANGAGE NON-VERBAL

La **communication non-verbale** repose sur des **signes**, souvent inconscients ou implicites, tels que les expressions du visage, la posture, les gestes, le regard, la manière de s'habiller, de se coiffer, ainsi que les mimiques ou les sons.^{1,2}

Ces éléments jouent un rôle majeur dans les interactions sociales. Selon les études, un message repose à :¹

7 % sur les mots 

38 % sur le ton de la voix 

55 % sur le langage gestuel 

Le langage non-verbale peut ainsi fortement influencer la relation, surtout lorsqu'il contredit le message verbal.²

LES COMPOSANTES DU LANGAGE NON-VERBAL



La distance physique ou proxémique¹

À l'hôpital, la notion d'espace personnel est souvent mise à mal : la chambre devient un lieu de passage où le patient assiste à un défilé de professionnels, souvent sans qu'on frappe à la porte, et le contact physique se banalise. **Respecter cet espace personnel est essentiel pour instaurer un climat de confiance** : demander au patient s'il est disponible pour un entretien ou un soin permet une approche avec délicatesse et respect, et sera toujours mieux perçu qu'une intrusion brusque.



L'expression faciale^{1,2}

Le visage, partie du corps la plus observée lors d'une conversation, joue un rôle clé dans la communication en traduisant nos émotions fondamentales : joie, surprise, peur, colère, tristesse et dégoût. **Le sourire, qui traduit une écoute empathique, trouve une importance particulière** dans la relation entre soignant et patient.



Le regard¹

C'est le premier signe de rencontre, celui qui établit le lien. Regarder le patient, c'est déjà lui accorder de l'attention. Lors du premier contact, **établissez un regard franc yeux dans les yeux avec le patient avant de diriger vos yeux vers la zone du soin**. Un regard trop global d'emblée, malgré son intérêt clinique, peut gêner le patient et lui laisser l'impression d'être toisé.



Les gestes et la posture¹

Des attitudes anodines peuvent envoyer des messages forts. Croiser les bras suggère un repli, tandis que des gestes parasites (grattages, jeu de stylo) peuvent laisser percevoir du doute. À l'inverse, **adopter une posture ouverte (tête légèrement inclinée et membres non croisés) traduit une écoute attentive et bienveillante**.

Le silence^{1,2}

Le silence a toute sa place dans la communication. Chaque silence a un sens, qu'il s'agisse d'ennui, de réflexion, de gêne, de douleur ou d'attention. Il permet surtout de laisser à l'interlocuteur le temps de verbaliser son ressenti.

Le soignant doit donc l'observer et l'analyser : un regard vague, des mouvements marqués peuvent traduire une réflexion intérieure ; un regard tourné vers le soignant peut signifier qu'une idée vient d'émerger, ou qu'une relance est attendue.

Dans le premier cas, le soignant peut inviter le patient à partager ce qu'il pense : « *Souhaitez-vous me dire à quoi vous pensiez ?* » ou simplement laisser un moment de réflexion avant qu'il ne reprenne la parole.

Dans le second cas, une question ouverte peut permettre de relancer le dialogue : « *Y a-t-il autre chose dont vous souhaitez que nous discutions ?* »

**Certains patients n'osent pas tout dire.
L'observation compte autant que la réponse.**

Ce que vous observez	Ce que cela peut signifier	Comment approfondir ?
Patient qui regarde ailleurs, évite le regard	Malaise, gêne à parler d'un sujet	« <i>Vous semblez hésiter, dites-moi si quelque chose vous inquiète.</i> »
Silences longs avant de répondre	Fatigue importante, hésitation à dire la vérité	« <i>Prenez votre temps, je suis là pour vous écouter.</i> »
Sourire crispé, rire nerveux	Volonté de minimiser une douleur ou un effet secondaire	« <i>Vous me dites que ça va, mais votre expression me fait penser que ce n'est pas si simple...</i> »
Main posée sur le ventre, les jambes croisées de manière rigide	Douleur non exprimée	« <i>Vous ressentez une gêne quelque part en ce moment ?</i> »
Mouvements agités, se tortille sur sa chaise	Inconfort, impatience, douleur mal gérée	« <i>Est-ce que vous êtes bien installé ? Une douleur vous gêne en ce moment ?</i> »

Savoir repérer les incohérences entre discours et comportement

Parfois, **ce que le patient dit ne colle pas avec ce qu'il montre.**
Comment creuser sans brusquer ?

PATIENT : « *Non, ça va.* » (en se tenant le bras d'un air crispé)

VOUS : « *Je vois que vous tenez votre bras, vous ressentez une gêne à cet endroit ?* »

PATIENT : « *Je dors bien.* » (baille plusieurs fois, a des cernes marqués)

VOUS : « *Vous baillez beaucoup... La qualité du sommeil est bonne ou vous sentez-vous fatigué en journée ?* »



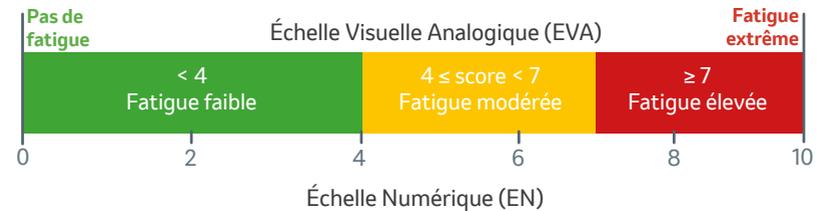
3.1 Repérer les toxicités :

La fatigue est un effet indésirable **fréquent**, qui peut être lié à la fois au cancer lui-même et au traitement (le plus souvent après le premier mois). Elle peut également être le **signe révélateur d'autres toxicités** induites par les traitements, comme une insuffisance surrénalienne, une hypothyroïdie, une hépatite, une anémie, etc.³



ÉVALUATION DE LA FATIGUE

Des échelles simples, comme l'**Échelle Visuelle Analogique (EVA)** ou l'**Échelle Numérique (EN)**, permettent d'évaluer rapidement l'**intensité de la fatigue** du patient à partir d'une question unique.⁴



En cas de score ≥ 4 , une évaluation complémentaire est recommandée à l'aide d'**outils multidimensionnels** tels que le **Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20)** (répercussions physiques, cognitives, émotionnelles) ou l'**échelle CTCAE** (retentissement sur la vie quotidienne) ci-dessous :⁴

Troubles généraux et anomalies au site d'administration					
CTCAE v5.0 Terme	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
Fatigue	Fatigue cédant avec le repos	Fatigue ne cédant pas avec le repos ; interférant avec les activités instrumentales de la vie quotidienne	Fatigue ne cédant pas avec le repos ; interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne	-	-

Dans cette même logique, la **POBADO** (pour *Patient-Oriented Brief Assessment of Distress Outcome*) est un **guide d'entretien semi-directif** pour évaluer le **vécu subjectif** du patient (et éviter les interprétations « soignantes »). Simple d'utilisation, elle aide à repérer une souffrance psychique et à adapter l'accompagnement, notamment vers un soutien psychologique si besoin. (*Avis d'expert*)

CTCAE : Common Terminology Criteria for Adverse Events; EVA : Échelle Visuelle Analogique ; EN : Échelle Numérique.

LES QUESTIONS CLÉS

Exemples de questions ouvertes	Indices non verbaux à surveiller	Si réponse vague
« Comment vous sentez-vous physiquement ces derniers jours ? »	Posture affaissée, mouvements ralentis, patient qui soupire en s'asseyant, temps de réponse très long	« Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant pour pas fatigué du tout et 10 extrêmement fatigué, où vous situez-vous ? »
« Avez-vous ressenti une fatigue inhabituelle ? Depuis quand ? »	Regard éteint, difficulté à se concentrer, réponses brèves ou floues	« Est-ce que cette fatigue est constante ou par moments ? » « Cela a-t-il commencé soudainement ou progressivement ? »
« Cette fatigue impacte-t-elle vos activités quotidiennes (marche, cuisine, travail) ? »	Expression faciale fermée, regard fuyant, gestes d'hésitation ou de frustration	« Avez-vous dû modifier certaines habitudes ou renoncer à certaines activités ? » « Quelles tâches sont devenues difficiles ? »
« Votre sommeil est-il réparateur ? Vous réveillez-vous fatigué(e) ? »	Bâillements, yeux cernés, frottement du visage, soupirs	« Avez-vous l'impression de bien dormir ? » « Faites-vous des siestes ? Vous sentez-vous reposé(e) au réveil ? »

QUELQUES CONSEILS

Diagnostic³

La fatigue **doit être systématiquement recherchée** lors des consultations médicales. Si elle est présente, son évaluation repose sur des outils validés comme le **score de Performance Status de l'OMS**, le **score de Karnofsky** ou la **classification CTCAE**.

L'évaluation doit **s'adapter au contexte de chaque patient**, en prenant en compte :

- la présence éventuelle d'une fatigue antérieure au cancer ;
- le stade de la maladie ;
- l'existence d'une anémie ;
- les traitements en cours (effets indésirables, interactions) ;
- les caractéristiques de la fatigue : moment d'apparition, intensité, durée, évolution dans le temps, facteurs aggravants ou soulageants, retentissement sur la qualité de vie ;
- les conditions sociales : entourage, isolement, précarité éventuelle.

En cas de fatigue inexpliquée ayant un impact sur les activités quotidiennes, un **bilan sanguin** est recommandé.

Regardez les derniers résultats sanguins du patient et parlez-en avec le médecin si nécessaire.



Prévenir la fatigue³



- Encouragez une **activité physique régulière adaptée**, pouvant être prescrite et prise en charge dans le cadre des soins de support.



- **Sensibilisez le patient à repérer** une fatigue inhabituelle, intense et persistante qui ne cède pas au repos, qui peut être un des signes d'EI immunomédié.

APA : Activité Physique Adaptée ; CTCAE : *Common Terminology Criteria for Adverse Events*; EI : Évènement(s) Indésirable(s) ; OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

Gestion de la fatigue^{3,5}

Face à la fatigue, il est essentiel d'aider votre patient à adopter des stratégies adaptées pour améliorer sa qualité de vie, tout en recherchant d'éventuelles comorbidités.

Voici l'essentiel à retenir :

✓ À PRIVILÉGIER

- Pratiquer une activité physique régulière adaptée à la situation (APA).
- Structurer sa journée en planifiant les moments d'activité et de repos.
- Prioriser les tâches et déléguer lorsque c'est possible.
- Varier les loisirs (lecture, musique, activités sociales).
- Faire des siestes courtes, limitées à 1 heure, pour préserver le sommeil nocturne.
- Éviter les écrans dans l'heure qui précède le coucher.
- Orienter le patient vers une équipe de soins de support si disponible.
- Évaluer et prendre en charge les comorbidités associées : douleur, insomnie, dépression, anxiété.
- Utiliser des approches non pharmacologiques comme le journal de fatigue, l'économie d'énergie et le soutien psychologique.

⊖ À ÉVITER

- L'inactivité prolongée.
- Se surmener ou vouloir faire trop d'activités d'un coup.
- S'isoler socialement ou se replier sur soi-même.
- Faire des siestes trop longues durant la journée.
- Utiliser les écrans avant de dormir.
- Retarder la prise en charge adaptée.
- Se concentrer uniquement sur la fatigue sans évaluer le contexte global.
- Recourir systématiquement à une corticothérapie d'épreuve.

3.2 Repérer les toxicités :

la douleur

Plus d'un **patient sur deux** souffre de douleurs, souvent liées au cancer lui-même, et près de 4 sur 10 présentent des douleurs modérées à intenses, quel que soit le type de tumeur ou son stade. Pourtant, la grande majorité ne se sent pas suffisamment soulagée, souvent en raison d'une sous-évaluation de la douleur, d'une prise en charge inadaptée ou de difficultés à en parler.⁶

Les traitements actuels, médicamenteux ou non, permettent très souvent d'**atténuer ces douleurs invalidantes** et d'**améliorer considérablement la qualité de vie.**⁶



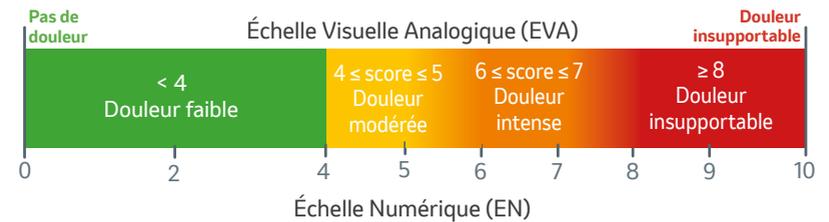
LES QUESTIONS CLÉS

Exemples de questions ouvertes	Indices non verbaux à surveiller	Aider le patient à préciser
« Avez-vous ressenti des douleurs ou une gêne ces derniers jours ? »	Grimace en changeant de position, main posée sur une zone du corps, mouvements limités	« Cette douleur, vous la ressentez plutôt en continu ou par moments ? »
« Comment décririez-vous cette douleur (brûlure, picotement, élancement, pression) ? »	Expression concentrée ou confuse, difficulté à trouver les mots	« Si vous deviez comparer l'intensité à une sensation courante, ce serait plutôt une gêne comme un bleu ou une douleur comme une brûlure ? »
« À votre avis, quelle est l'intensité de votre douleur ? »		« Sur une échelle de 0 à 10, à combien évalueriez-vous cette douleur ? »

ÉVALUATION DE LA DOULEUR^{7,8}

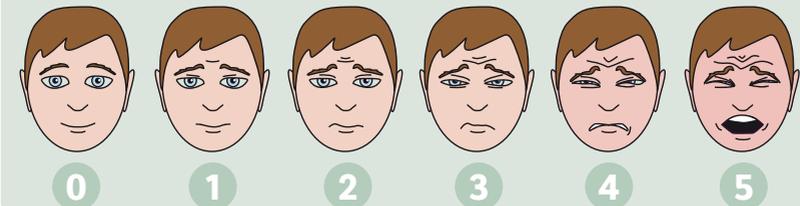
Pour une douleur donnée, le « ressenti » douloureux sera différent d'une personne à l'autre.⁶

Des échelles simples, comme l'**Échelle Visuelle Analogique (EVA)** ou l'**Échelle Numérique (EN)**, permettent d'évaluer rapidement l'intensité de la douleur à partir d'une question unique.



L'**Échelle Verbale Simple (EVS)** peut également être utilisée (douleur absente = 0 ; douleur faible = 1 ; douleur modérée = 2 ; douleur intense = 3 ; douleur extrêmement intense = 4).

Chez l'enfant, on utilisera de préférence l'**Échelle des visages (FPS-R)**.



Une prise en charge de la douleur est nécessaire lorsque le score est supérieur ou égal à 4 pour l'EVA ou l'EN, à 2 pour l'EVS, et à 3 ou 4 pour le FPS-R.

EVA : Échelle Visuelle Analogique ; EN : Échelle Numérique ; EVS : Échelle Verbale Simple ; FPS-R : échelle des visages révisée.

ÉVALUATION DE LA DOULEUR

Douleurs neuropathiques périphériques⁵

Toute apparition ou aggravation de troubles neurologiques (moteurs, sensitifs, cognitifs...), même légers, doit conduire à solliciter rapidement un **avis spécialisé en neurologie**.



Le questionnaire DN4 est un outil simple et validé permettant d'identifier une composante neuropathique dans les douleurs chroniques.⁸

Score : 1 point par « Oui », 0 par « Non ».
Diagnostic probable si $\geq 4/10$.

Question 1 :

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

- Brûlure
- Sensation de froid douloureux
- Décharges électriques

Question 2 :

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

- Fourmillements
- Picotements
- Engourdissement
- Démangeaisons

Examen clinique du patient

Question 3 :

La douleur est-elle localisée dans une zone où l'examen révèle :

- Hypoesthésie au toucher
- Hypoesthésie à la piqûre

Question 4 :

La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

- Le frottement

QUELQUES CONSEILS

Souvent, des douleurs sont présentes dès le début du parcours de soins. Il est important d'évaluer l'évolution de cette douleur sous traitement, mais également d'identifier les nouvelles douleurs pouvant apparaître.

Gestion des troubles neuropathiques périphériques⁵
 **À PRIVILÉGIER**

- Porter des chaussures confortables, souples et bien ajustées.
- Utiliser des gants adaptés pour les travaux ménagers ou de bricolage.
- Observer régulièrement la plante des pieds, à l'aide d'un miroir si nécessaire.
- Vérifier la température du bain avec un thermomètre si la sensibilité est altérée.
- Marcher avec prudence sur les sols irréguliers ou glissants.
- Consulter pour un traitement antidouleur adapté (les douleurs neuropathiques nécessitent souvent des traitements spécifiques).

 **À ÉVITER**

- Les talons hauts et les chaussures rigides ou trop serrées.
- Manipuler des objets chauds, tranchants ou rugueux sans protection.
- Ignorer les blessures ou lésions, même en l'absence de douleur.
- Plonger directement les mains ou les pieds dans l'eau chaude sans vérifier la température.
- Marcher ou courir sans précaution sur des terrains instables.
- Se contenter d'antalgiques classiques inefficaces contre les douleurs neurologiques.

Point de vigilance : Les neuropathies périphériques induites par les médicaments sont courantes (chimiothérapie).

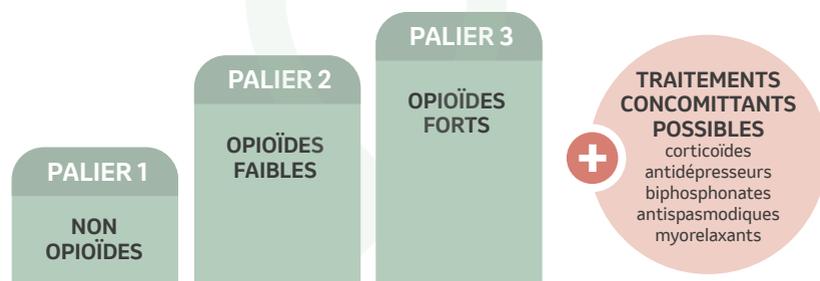


Gestion de la douleur⁶

La douleur doit faire l'objet d'une **prise en charge à part entière** tout au long du parcours de soins oncologiques.

Celle-ci repose d'abord sur les **médicaments antalgiques**, choisis en fonction du type de douleur, de son intensité et de sa durée (aiguë ou chronique), pour bloquer efficacement le circuit de la douleur.

Les traitements antalgiques du cancer



Dans certains cas, les traitements anti-cancéreux classiques peuvent être utilisés davantage pour soulager la douleur que pour traiter le cancer lui-même.

Les approches non médicamenteuses^{10,11}

En complément des traitements antalgiques et des thérapies anticancéreuses, certaines approches non médicamenteuses peuvent **améliorer le bien-être physique et psychologique** des patients. Elles peuvent être associées entre elles et aux traitements médicamenteux. Certaines ont démontré leur efficacité dans des essais cliniques. D'autres, en revanche, ne disposent pas encore de preuves scientifiques solides. **Leur intégration dans le parcours de soins doit toujours être discutée avec l'équipe médicale** pour garantir une prise en charge cohérente et sécurisée.

À titre d'exemple, voici trois approches qui peuvent, dans certains contextes, apporter un soutien aux patients :

- **L'hypnose médicale** : de plus en plus utilisée en oncologie, des études ont montré qu'elle peut :
 - soulager certaines douleurs,
 - réduire le stress et l'anxiété,
 - atténuer les nausées et vomissements induits par la chimiothérapie.
- **La méditation de pleine conscience** : a fait l'objet de nombreuses études, dont certaines publiées dans des revues scientifiques reconnues. En cancérologie, les données disponibles suggèrent qu'elle pourrait contribuer à :
 - soulager certaines douleurs chroniques,
 - réduire l'anxiété et les nausées liées aux traitements,
 - améliorer la qualité de vie et la tolérance aux traitements.
- **L'ostéopathie** : approche manuelle visant à corriger des tensions et des blocages liés à la maladie ou à ses traitements. Certaines études cliniques suggèrent qu'elle pourrait, dans le cadre du cancer, aider à soulager certaines douleurs mécaniques liées à la maladie ou aux traitements.

Il est important de solliciter l'avis de l'équipe médicale avant de proposer une séance d'ostéopathie, afin d'identifier d'éventuelles contre-indications propres au patient.



3.3 Repérer les toxicités :

les EI digestifs

Les effets indésirables digestifs font partie des **plus fréquents**. On distingue plusieurs types d'atteintes :³

- les **entérocolites**, qui touchent le côlon et/ou l'intestin grêle et peuvent provoquer des lésions sévères (érosions, ulcérations) ;
- les colites microscopiques, avec peu ou pas d'anomalies visibles à l'endoscopie ;
- les **atteintes gastroduodénales**, touchant le haut du tube digestif ;
- les **atteintes pancréatiques**.



LES QUESTIONS CLÉS

Exemples de questions ouvertes	Aider le patient à préciser
« Avez-vous eu des nausées ou des vomissements ces derniers jours ? »	« Combien de fois avez-vous vomi ? » « Est-ce que c'est avec tous les aliments ou certains en particulier ? »
« Vos selles sont-elles différentes de d'habitude ? (couleur, fréquence) ? »	Montrer en consultation l'échelle de Bristol (la décrire si l'entretien se déroule à distance)
« Avez-vous eu des douleurs abdominales ? Où exactement ? »	« Est-ce que c'est plutôt en haut, en bas, à droite ou à gauche ? Est-ce une douleur continue, en crampe, qui pique, qui tire ? »
« Votre appétit a-t-il changé ? Mangez-vous moins ou différemment ? »	« Cela concerne-t-il certains aliments ? Est-ce que vous sautez des repas ou avez-vous la sensation de satiété très vite ? »
« Avez-vous observé des diarrhées ou des constipations ? Depuis quand ? »	« Cela arrive tous les jours ? À certains moments de la journée ? Avez-vous remarqué un changement dans la fréquence ou l'aspect des selles ? »

ÉVALUATION DES EI DIGESTIFS

L'échelle de Bristol est un outil visuel simple permettant de classer les selles en sept types, selon leur forme et consistance. Elle aide à distinguer une constipation (types 1 et 2), un transit normal (types 3 et 4), ou une diarrhée (types 5 à 7), et constitue un repère utile dans l'évaluation des troubles digestifs.^{12,13}

Type 1		Selles dures et morcelées (en billes) d'évacuation difficile
Type 2		Selles dures, moulées en saucisse et bosselées
Type 3		Selles dures, moulées en saucisse craquelée
Type 4		Selles molles mais moulées, en saucisse (ou serpent)
Type 5		Selles molles morcelées, à bords nets et d'évacuation facile
Type 6		Selles molles morcelées, à bords déchiquetés
Type 7		Selles totalement liquides

EI : Évènement(s) Indésirable(s).

3.3 Repérer les toxicités :

les EI digestifs

L'échelle de Bristol peut être complétée par l'échelle CTCAE, qui permet de graduer la sévérité des effets indésirables digestifs en fonction de leur retentissement clinique.^{3,14}

Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
Colite				
Asymptomatique ; diagnostic à l'examen clinique uniquement	Douleurs abdominales ; présence de mucus ou sang dans les selles	Douleurs abdominales sévères ; signes péritonéaux	Mise en jeu du pronostic vital	Décès
Diarrhée				
Augmentation du nombre de selles par jour ≤ 4 fois l'état initial ; légère augmentation des volumes de stomie par rapport à l'état initial	Augmentation de 4 à 6 fois du nombre de selles par jour par rapport à l'état initial ou 15 jours d'échec de prise en charge grade 1 ; augmentation modérée des volumes de stomie par rapport à l'état initial ; interfère avec les activités instrumentales de la vie quotidienne	Augmentation de 7 fois ou plus le nombre de selles par jour par rapport à l'état initial ; augmentation sévère des volumes de stomie par rapport à l'état initial ; interfère avec les activités élémentaires de la vie quotidienne	Mise en jeu du pronostic vital ou diarrhée de tout grade + hématochézie, douleur abdominale, selles muqueuses, déshydratation ou fièvre	Décès

Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
Constipation				
Symptômes occasionnels ou intermittents	Symptômes persistants avec utilisation régulière de laxatifs ou de lavements ; interfère avec les activités instrumentales de la vie quotidienne	Constipation opiniâtre avec nécessité d'évacuation manuelle ; interfère avec les activités élémentaires de la vie quotidienne	Mise en jeu du pronostic vital	Décès
Douleurs abdominales				
Douleur légère	Douleur modérée : interfère avec les activités instrumentales de la vie quotidienne	Douleur sévère ; interfère avec les activités élémentaires de la vie quotidienne	-	-
Nausées				
Perte d'appétit sans modification des habitudes alimentaires	Diminution des prises alimentaires sans perte significative du poids, déshydratation ou malnutrition	Apport calorique oral et apport hydrique insuffisants	-	-
Vomissements				
Intervention non indiquée	Hydratation IV en ambulatoire ; intervention médicale indiquée	Nutrition par sonde, nutrition parentérale totale ou hospitalisation indiquée	Mise en jeu du pronostic vital	Décès

CTCAE : Common Terminology Criteria for Adverse Events; EI : Évènement(s) Indésirable(s); IV : IntraVeineuse.

QUELQUES CONSEILS

Diagnostic³

Entérocolite

- Diarrhées, douleurs abdominales.
- Possibles rectorragies, fièvre, déshydratation.
- Parfois nausées et vomissements.

Colite microscopique

- Diarrhée profuse sans douleur ni fièvre.
- Risque d'hypokaliémie, déshydratation, insuffisance rénale fonctionnelle.
- Endoscopie souvent normale ou avec érythème discret.

Atteinte du tractus digestif haut

- Nausées, vomissements.
- Dysphagie, odynophagie.
- Hématémèse ou méléna.
- Douleurs abdominales.

Pancréatite immuno-induite

- Douleurs épigastriques, nausées, vomissements.
- Taux de lipase > 3 fois la limite supérieure normale.
- Confirmation possible au scanner abdominal injecté (œdème, nécrose...).

Vomissements chimio-induits

- Molécule de chimiothérapie à potentiel émétisant (cf. tableau page suivante).
- Administration en bolus de la chimiothérapie.
- Fortes doses de chimiothérapie.
- Antécédents de vomissements.
- Vomissements aigus (dans les 24h après l'administration).

Vomissements chimio-induits¹⁵

En fonction de leur **risque émétisant**, on peut distinguer **trois groupes de chimiothérapie** : à potentiel émétisant **élevé**, à potentiel émétisant **moyen** et à potentiel émétisant **faible**. Les chimiothérapies à hautes doses sont plus émétisantes qu'à faibles doses, et à dose équivalente, celles administrées en **bolus** sont plus émétisantes qu'en perfusion continue.

Risque émétisant en fonction de la molécule administrée.

Risque émétisant	Incidence	Molécule
Faible	Grade I < 10 %	Bléomycine, busulfan, chlorambucil, fludarabine, hydroxyurée, vincristine, vinorelbine, 2-CDA
	Grade II 10-30 %	Cytarabine, docétaxel, étoposide, gemcitabine, melphalan, mercaptopurine, méthotrexate (faible dose), paclitaxel, vinblastine
Moyen	Grade III 30-60 %	CPT 11 (irinotécan), doxorubicine, épirubicine, idarubicine, ifosfamide, mitomycine, mitoxantrone, 5-fluorouracile
Élevé	Grade IV 60-90 %	Carboplatine, carmustine, cyclophosphamide, cytarabine (haute dose), doxorubicine (haute dose), méthotrexate (haute dose), procarbazine
	Grade V > 90 %	Cisplatine, dacarbazine, méchloréthamine, melphalan (haute dose), streptozotocine

Tous les vomissements ne sont pas directement liés à la chimiothérapie.

Certains facteurs individuels peuvent en augmenter le risque : sexe féminin, âge < 50 ans, antécédents de mal des transports ou de vomissements gravidiques, nausées lors de cures précédentes, terrain anxieux ou dépressif, mauvais vécu des traitements précédents (anticipation), altération de l'état général, atteintes hépatique ou rénale, troubles digestifs (œsophagite, ulcère, chirurgie abdominale), ou prise de médicaments gastrotoxiques comme les AINS ou les morphiniques.

QUELQUES CONSEILS

Diagnostic³

Dénutrition

La dénutrition est un **facteur péjoratif dans la prise en charge** du patient. Elle s'associe à une augmentation de la **morbimortalité**, à une diminution de la **qualité de vie**, à une augmentation des **complications postopératoires**, ainsi qu'à une moins bonne **tolérance des traitements** anticancéreux.¹⁶

Le diagnostic de dénutrition repose sur l'association d'un critère phénotypique et d'un critère étiologique :¹⁷

Critères phénotypiques
(1 seul critère suffit)

- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- IMC $< 18,5 \text{ kg/m}^2$.
- Réduction quantifiée de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire.

Critères étiologiques
(1 seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines, par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés.
- Absorption réduite (maldigestion/ malabsorption).
- Situation d'agression (hypercatabolisme protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive.

OUI

NON

Dénutrition modérée
(1 seul critère suffit)

- $17 < \text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$.
- Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* $> 30 \text{ g/L}$ et $< 35 \text{ g/L}$.

Dénutrition sévère
(1 seul critère suffit)

- $\text{IMC} \leq 17 \text{ kg/m}^2$.
- Perte de poids $\geq 10\%$ en 1 mois ou $\geq 15\%$ en 6 mois ou $\geq 15\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie.
- Albuminémie* $\leq 30 \text{ g/L}$.

Patient non dénutri

- En ambulatoire : *réévaluation à chaque consultation.*
- En cas d'hospitalisation :
 - en MCO : *réévaluation une fois par semaine ;*
 - en SSR : *réévaluation toutes les 2 semaines.*

Un seul critère de dénutrition sévère prime sur un ou plusieurs critères de dénutrition modérée.

* Mesure de l'albuminémie par immunonéphélométrie ou immunoturbidimétrie. Les seuils d'albuminémie sont à prendre en compte quel que soit l'état inflammatoire.

Gestion des EI digestifs¹⁸

En plus des traitements symptomatiques, la prise en charge des effets indésirables digestifs repose également sur un **accompagnement nutritionnel adapté**. Il est essentiel de maintenir une alimentation source de **plaisir** : autant que possible, l'assiette ne doit pas devenir un champ de bataille médicale ni un moment de stress.

Des conseils d'adaptation alimentaire peuvent être proposés lors des épisodes d'inconfort, sans instaurer de restrictions prolongées ni de privations injustifiées. L'objectif est de préserver la qualité de vie, le plaisir de manger, et l'équilibre nutritionnel du patient.

Gestion de la diarrhée

✓ À PRIVILÉGIER

- Boire suffisamment entre 1,5 et 2 litres par jour pour éviter la déshydratation (eau, thé, tisane, ou boissons gazeuses à température ambiante).
- Avoir une alimentation pauvre en fibres, à base de riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes bien mûres, fromage à pâte cuite et biscottes.

⊖ À ÉVITER

- Le café, les boissons glacées, le lait, les fruits et les légumes crus, les céréales et le pain complet.

EI : Évènement(s) Indésirable(s) ; IMC : Indice de Masse Corporelle ; MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique ; SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.

Gestion des EI digestifs¹⁸

Gestion des nausées et vomissements

✓ À PRIVILÉGIER

- Les aliments froids ou tièdes qui sont moins odorants que les aliments chauds.
- Plusieurs petits repas, plutôt que deux repas traditionnels.
- Les boissons gazeuses fraîches, à base de cola notamment qui aident parfois à diminuer les nausées.
- Manger lentement et légèrement.

⊖ À ÉVITER

- Boire pendant les repas. Essayer plutôt de boire avant ou après.
- Les aliments lourds comme les aliments frits, gras ou épicés.
- Le tabac.

Gestion de la dénutrition¹⁹

✓ À PRIVILÉGIER

- Surveiller régulièrement son poids.
- Manger ce qui nous fait envie.
- Avoir une alimentation variée, hypercalorique et hyperprotéique.
- Adapter les apports énergétiques :
 - 25-30 kcal/kg/jour en périopératoire,
 - 30-35 kcal/kg/jour en oncologie médicale,
 - 1,2-1,5 g/kg/jour de protéines.
- Maintenir une activité physique régulière, même légère (ex. : marcher à son rythme une à deux fois par jour).
- Fractionner les repas et prévoir des collations riches en énergie.
- Adapter les horaires des repas pour éviter un jeûne nocturne prolongé.
- Consommer des aliments riches en calories et protéines.
- Enrichir les plats (crème, beurre, fromage, œufs, sucre, miel,...) selon les besoins.
- Boire suffisamment.
- Soigner la présentation des plats et favoriser une ambiance agréable au moment des repas.
- En cas de besoin, utiliser des CNO en complément des repas, avec suivi diététique.

⊖ À ÉVITER

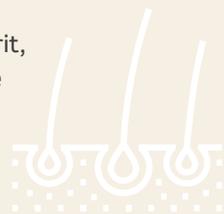
- Se reposer uniquement sur les CNO sans adapter l'alimentation de base.
- Reporter ou négliger l'activité physique, même en cas de fatigue.
- Ignorer les signes précoces de perte de poids ou d'altération de l'état nutritionnel.
- Rester dans une approche rigide de l'alimentation (ne pas écouter ses envies).

3.4 Repérer les toxicités :

les EI cutanés

Les effets indésirables dermatologiques touchent **30 à 50 % des patients sous immunothérapie**. Dans la majorité des cas, ils sont de faible grade et ne nécessitent pas l'interruption du traitement. Seules quelques formes rares, sévères, imposent une prise en charge urgente et l'arrêt définitif de l'immunothérapie.

Les manifestations les plus fréquentes sont le prurit, la **sécheresse cutanée et muqueuse**, les lésions de type **eczéma, psoriasis** ou **urticaire**, le **vitiligo**, ou encore des modifications des **cheveux, ongles et muqueuses**.³



LES QUESTIONS CLÉS

Exemples de questions ouvertes	Indices à observer en consultation	Indices à observer à distance
« Avez-vous remarqué des changements au niveau de votre peau ces derniers jours ? »	Peau sèche, rougeurs visibles, foulard ou manches longues en été (cachant peut-être une éruption cutanée), patient qui se gratte souvent	« Si vous deviez comparer la surface touchée, ça correspond à la paume d'une main ? À une main entière ? » « Avez-vous remarqué des changements de couleur de peau, de texture ? »
« Vos mains ou vos pieds sont-ils plus sensibles ou douloureux ? »	Geste protecteur, hésitation à serrer la main, maladresse dans les gestes	Difficulté à taper sur le clavier, ajustement fréquent de la position, mains hors champ
« Avez-vous constaté des démangeaisons, des picotements ou une sensation de brûlure sur la peau ? »	Grattage fréquent, marques de griffure ou rougeurs visibles	Patient se touche ou se gratte régulièrement, mentionne spontanément une gêne sans qu'on l'interroge

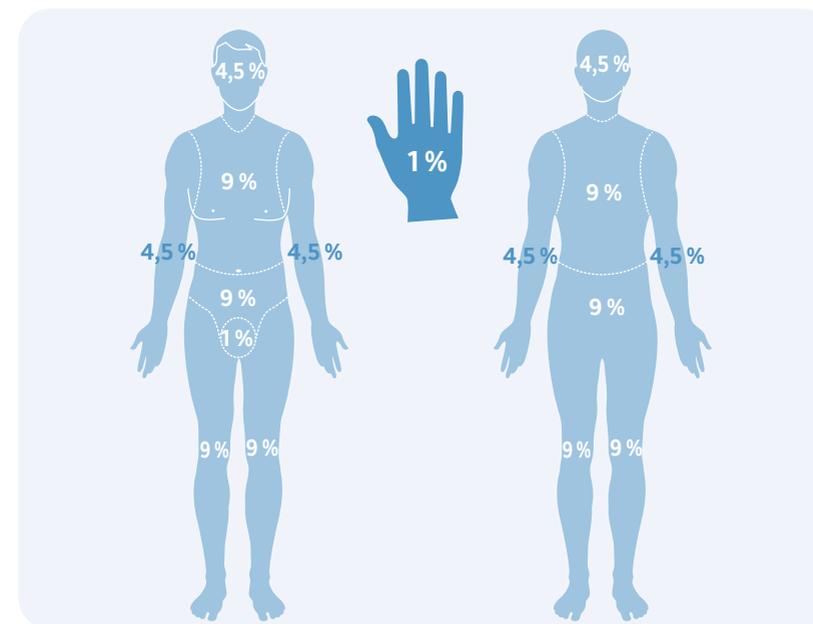
AIVQ : Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne ; AVQ : Activités élémentaires de la Vie Quotidienne ; CTCAE : *Common Terminology Criteria for Adverse Events*; EI : Évènement(s) Indésirable(s).

ÉVALUATION DES EI CUTANÉS

La sévérité des atteintes cutanées doit être évaluée selon l'**étendue des lésions** (en pourcentage de surface corporelle atteinte), puis classée à l'aide de l'**échelle CTCAE v5.0**. Cette gradation permet d'orienter la prise en charge adaptée.²⁰

Évaluation de la toxicité cutanée pour le rash maculopapuleux prurigineux :

Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Macules/papules couvrant < 10 % de la surface corporelle avec ou sans symptômes associés (ex. : prurit, brûlures, raideur)	Macules/papules couvrant 10 à 30 % de la surface corporelle avec ou sans symptômes associés (ex. : prurit, brûlures, raideur) ; interférant avec les AIVQ	Macules/papules couvrant > 30 % de la surface corporelle avec ou sans symptômes associés ; interférant avec les AVQ	Macules/papules couvrant > 30 % de la surface corporelle associées à une déshydratation ou des anomalies électrolytiques ; nécessitant une surveillance dans un service de soins intensifs ou de grands brûlés



QUELQUES CONSEILS

Diagnostic³

Dans la majorité des cas, le diagnostic des effets indésirables cutanés repose sur l'**observation clinique**. L'examen histopathologique est réservé aux formes sévères, atypiques ou persistantes.

Les **photographies** peuvent être très utiles pour **suivre l'évolution des lésions** ou **solliciter un avis spécialisé**. Si les lésions sont fugaces ou absentes au moment de la consultation, il est recommandé de demander au patient de les documenter par des photos.



Les symptômes à surveiller³

- **Rougeurs.**
- **Démangeaisons** (prurit).
- **Éruptions cutanées** (boutons, acné, plaques, vésicules).
- **Sécheresse.**
- **Desquamation** (peau qui pèle).
- **Syndrome main-pied** (rougeurs, gonflement, sécheresse ou cloques au niveau des paumes des mains et des pieds).

Suivi et documentation des symptômes

Prendre en photo la zone altérée pour aider à évaluer la superficie touchée et l'évolution au cours du temps.

Gestion des EI cutanés³

En complément des traitements symptomatiques, la prise en charge des effets indésirables cutanés repose sur des **soins de la peau adaptés et une hygiène quotidienne rigoureuse**.

✓ À PRIVILÉGIER

- Appliquer un émollient sans parfum chaque jour, y compris au moins 2 mois après disparition des lésions.
- Appliquer les dermocorticoïdes en quantité suffisante, à distance de l'émollient, en respectant les zones à traiter.
- Utiliser une base lavante douce (sans parfum, pH ~ 5,5) et hydrater quotidiennement sur peau humide.
- Privilégier les douches courtes, tièdes et peu fréquentes.
- Sécher en tamponnant, avec une serviette douce.
- Porter des vêtements amples, en coton ou fibres naturelles.
- Documenter les lésions par photo en cas de disparition entre deux consultations.
- Consulter un dermatologue si les lésions sont atypiques, sévères ou résistantes.

⊖ À ÉVITER

- Les produits parfumés, alcoolisés ou irritants sur la peau.
- Appliquer les dermocorticoïdes immédiatement après l'émollient.
- Prendre des bains chauds, longs ou trop fréquents.
- Frotter la peau pour la sécher.
- Porter des vêtements serrés ou en matières synthétiques.
- S'exposer au soleil (photosensibilisation).

Point de vigilance : Bien vérifier qu'il n'y ait pas de contre-indication aux dermocorticoïdes.

ex : *zona atypique* → *CI formelle aux corticoïdes*.

LES MUCITES

Les traitements anticancéreux peuvent également provoquer des **lésions dans la bouche**, telles que des aphtes, des rougeurs ou des douleurs. Ces manifestations correspondent à une **mucite** (inflammation de la muqueuse) ou une **stomatite** (inflammation de la muqueuse buccale).

Des gestes simples permettent de prévenir leur apparition et d'en limiter les effets.²¹



LES QUESTIONS CLÉS²¹

Exemples de questions ouvertes	Indices à observer en consultation
« Quelles sont vos habitudes alimentaires ? »	Douleur, dénutrition, déshydratation, surinfection, diminution voire arrêt du traitement
« Quels types de brosses à dents et de dentifrices utilisez-vous ? »	
« Avez-vous eu un bilan dentaire récemment ? »	
« Combien de brossages de dents pratiquez-vous dans la journée ? »	

ÉVALUATION DES MUCITES²²

L'évaluation des mucites repose sur 2 classifications de référence : la **classification de l'OMS** et la **classification CTCAE**.

	Classification de l'OMS	Classification CTCAE
	Pas de mucite	Pas de douleur, alimentation solide
	Érythème, sensation désagréable	Douleur modérée, énanthème, alimentation solide
	Érythème, ulcère, douleur, alimentation solide	Douleur, énanthème, ulcération non confluyente, alimentation solide
	Ulcère +, douleur +, alimentation liquide	Douleur, énanthème diffus, ulcération confluyente, alimentation liquide
	Ulcère +++, douleur +++, alimentation entérale ou parentérale	Douleur sévère, ulcération confluyente, aphagie, alimentation entérale ou parentérale

CTCAE : Common Terminology Criteria for Adverse Events; OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

QUELQUES CONSEILS

Consultation dentaire conseillée en amont du traitement

Une **évaluation bucco-dentaire** en début de prise en charge - particulièrement importante en cas de traitement par dénosumab - permet de :

- prévenir ou limiter les mucites,
- repérer des problèmes dentaires susceptibles de gêner l'alimentation, notamment chez les patients ayant perdu du poids (ex. : dentier mal adapté, jamais réajusté).



Un bilan précoce contribue ainsi à améliorer à la fois le confort buccal et l'état nutritionnel global.

Gestion des mucites^{21,22}

La prise en charge des mucites vise à **soulager la douleur, prévenir les infections et faciliter l'alimentation**. Un accompagnement adapté, alliant **hygiène rigoureuse** et **conseils nutritionnels**, est essentiel pour améliorer le confort et la qualité de vie du patient.

✓ À PRIVILÉGIER

- Aliments hachés, froids ou tièdes, plats en sauce, aliments lactés.
- Hydratation régulière : boissons à la paille pour limiter le contact, glaçons, stimulants salivaires.
- Brossage après chaque repas avec une brosse à dents extra souple.
- Dentifrice sans menthol.
- Brossettes interdentaires.
- Bain de bouche au bicarbonate de sodium 1,4 %, 4 à 6 fois par jour.

⊖ À ÉVITER

- Aliments secs, croquants (croûte de pain), acides, épicés.
- Alcool, caféine, fruits crus.
- Certaines graines ou types de noix favorisant les aphtes.
- Tabac.
- Brosses à dents électriques.
- Cure-dents.

EI : Évènement(s) Indésirable(s).



Les **toxicités pulmonaires** regroupent plusieurs affections, dont la **pneumopathie interstitielle**, la plus fréquente, ainsi que des formes plus rares comme la bronchiolite ou la sarcoïdose immunomédiée.³

Les **toxicités cardiovasculaires** incluent quant à elles principalement les **myocardites** et **péricardites aiguës**, survenant en général dans les 3 premiers mois de traitement, ainsi que des atteintes plus tardives comme le **syndrome coronarien aigu** ou certaines **cardiopathies non inflammatoires** (ex. : Tako-Tsubo).³



Point de vigilance : Toute évolution de l'essoufflement ou toux nouvelle doit être signalée (progression de la maladie, toxicité de traitement, infection...) et suivie.



LES QUESTIONS CLÉS

Exemples de questions ouvertes	Aider le patient à préciser
« Avez-vous ressenti un essoufflement inhabituel ? Dans quelles situations ? »	« C'était au repos, en marchant, en montant des escaliers, en parlant, en mangeant ? »
« Toussez-vous ? » « Comment me décririez-vous votre toux ? »	« Cette toux est-elle sèche ou grasse ? » « Est-ce qu'elle vous réveille la nuit ? » « Est-elle déclenchée par quelque chose en particulier (effort, air froid...) ? »
« Avez-vous remarqué un gonflement au niveau des jambes ou des chevilles ? »	« Est-ce que vous avez l'impression que vous ne rentrez plus dans certaines chaussures ? »

CTCAE : Common Terminology Criteria for Adverse Events; ECG : Électrocardiogramme ; EI : Évènement(s) Indésirable(s).

ÉVALUATION DES EI CARDIAQUES ET PULMONAIRES

Les toxicités pulmonaires et cardiaques sont évaluées et classées selon la gravité grâce à l'**échelle CTCAE v5.0**.

Évaluation des EI pulmonaires :³

Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
Pneumopathie				
Asymptomatique ; observations cliniques ou diagnostiques uniquement ; ne nécessitant aucune intervention médicale	Symptomatique ; nécessitant une intervention médicale ; interférant avec les activités instrumentales de la vie quotidienne	Symptômes sévères ; interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne ; nécessitant une oxygénothérapie	Mise en jeu du pronostic vital ; nécessitant une prise en charge en urgence (ex. : trachéotomie ou intubation)	Décès

Évaluation des EI cardiaques :¹⁴

Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
Myocardite				
-	Symptômes lors d'une activité ou d'un effort modéré	Grave avec des symptômes au repos ou lors d'une activité ou d'un effort minimal ; apparition récente des symptômes	Mise en jeu du pronostic vital	Décès
Péricardite				
Asymptomatique, résultats de l'ECG ou constatations physiques (ex : frottement) compatibles avec une péricardite	Péricardite symptomatique (ex : douleur thoracique)	Péricardite avec des conséquences physiologiques (ex : constriction péricardique)	Mise en jeu du pronostic vital	Décès

QUELQUES CONSEILS

Les symptômes à surveiller³

EI pulmonaires :

- Toux (apparition ou aggravation).
- Dyspnée (essoufflement).
- Hypoxémie (baisse du taux d'oxygène sanguin).
- Douleur thoracique.
- Fièvre.
- Respiration sifflante.
- Fatigue.

EI cardiaques :

- Dyspnée.
- Douleur thoracique.
- Palpitations.
- Fatigue, faiblesse générale.
- Lipothymie, syncope.
- Œdèmes des membres inférieurs.
- Signes d'alerte de tamponnade : hypotension, tachycardie, dyspnée aiguë, signes d'insuffisance cardiaque droite, pouls paradoxal.

Gestion des EI cardiaques et pulmonaires³

Adopter des gestes simples et adaptés au quotidien permet de **mieux contrôler l'essoufflement**, de **limiter les risques de complications** cardiovasculaires ou respiratoires, et de **maintenir une bonne qualité de vie** tout au long du traitement.

✓ À PRIVILÉGIER

- Maintenir un poids santé et adopter une alimentation équilibrée.
- Faire de l'exercice régulièrement.
- Se faire vacciner (grippe, pneumocoque).
- Utiliser des techniques de respiration pour soulager l'essoufflement.
- Planifier vos activités en alternance avec des périodes de repos.
- Consulter son équipe médicale avant de débuter tout programme sportif.
- Se faire accompagner pour débuter un sevrage tabagique.

⊖ À ÉVITER

- Fumer du tabac (et éviter le tabagisme passif).
- Consommer des drogues à usage récréatif (cocaïne, méthamphétamines, MDMA, cannabis, LSD, solvants) susceptibles de perturber le rythme cardiaque.
- Pratiquer des exercices trop intenses sans avis médical.

EI : Évènement(s) Indésirable(s) ; LSD : Acide lysergique diéthylamide ;
MDMA : 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine.

Les EI neurologiques associés aux traitements sont de présentation et de sévérité très variables, avec une installation aiguë ou subaiguë.³

Ils peuvent affecter le **système nerveux central et/ou périphérique**, se traduisant par un large éventail de syndromes : **neuropathies périphériques, méningite aseptique, encéphalite, myotoxicité, myélopathies** ou **atteintes démyélinisantes rares**. Les atteintes neuromusculaires sont environ deux fois plus fréquentes que les atteintes centrales.³



LES QUESTIONS CLÉS

Exemples de questions ouvertes	Aider le patient à préciser
« Avez-vous ressenti des fourmillements ou des engourdissements dans les mains ou les pieds ? »	Questionnaire DN4 (diagnostic des douleurs neuropathiques)
« Avez-vous des difficultés à manipuler des objets fins (boutons de vêtements, clés, stylo...) ? »	Tendre un stylo au patient Faire un test de force musculaire (en serrant la main)
« Ressentez-vous une perte de sensibilité au chaud ou au froid ? »	En consultation : utiliser deux objets de température différente (ex. une bouteille d'eau froide et une autre tiède) et les appliquer sur la peau → « Sentez-vous une différence entre les deux températures ? »

LES TROUBLES DE LA MÉMOIRE

Chez de nombreux patients atteints de cancer, des plaintes cognitives apparaissent au cours du traitement, notamment des **troubles de la mémoire**, de **l'attention** ou de la **concentration**. Ces difficultés sont souvent décrites comme un « brouillard mental » par les patients eux-mêmes.⁵



Ces troubles sont généralement liés à 2 causes principales :⁵

- La **fatigue**, très fréquente en oncologie, qui altère les fonctions physiques et cognitives.
- L'**effet des traitements** (notamment la chimiothérapie), qui mobilisent davantage de ressources cérébrales, affectant temporairement certaines fonctions cognitives.

Exemples de questions ouvertes	Aider le patient à préciser
« Avez-vous remarqué des oublis inhabituels ces derniers temps ? »	« Cela concerne-t-il des informations récentes ? Des rendez-vous ? Des noms ? Où vous avez posé certains objets ? »
« Avez-vous du mal à suivre une conversation ou une série ? »	« Est-ce que vous perdez le fil de ce qui se dit ? Est-ce plus difficile lorsque plusieurs personnes parlent ? »
« Est-ce qu'il vous est difficile de faire plusieurs choses à la fois ? »	« Par exemple : cuisiner tout en répondant au téléphone, ou planifier votre journée tout en gardant en tête vos rendez-vous ? »
« Avez-vous parfois l'impression de ne plus savoir ce que vous étiez en train de faire ? »	« Cela vous arrive-t-il en changeant de pièce, en rangeant quelque chose, ou en discutant avec quelqu'un ? »
« Vous est-il arrivé de chercher vos mots ou de perdre le fil de vos idées ? »	« Par exemple lors d'une conversation, ou en écrivant un message ? »

ÉVALUATION DES EI NEUROLOGIQUES

Les toxicités neurologiques sont évaluées et classées selon la gravité grâce à l'échelle CTCAE v5.0.¹⁴

Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
Troubles du système nerveux				
Symptômes asymptomatiques ou légers ; constatations cliniques ou diagnostiques uniquement ; intervention non nécessaire	Symptômes modérés ; intervention minimale, locale ou non invasive ; limitation des AVQ instrumentales	Symptômes sévères ou médicalement significatifs sans menace vitale immédiate ; hospitalisation ou prolongation ; limitation des soins personnels	Conséquences vitales ; intervention urgente nécessaire	Décès

ÉVALUATION DES TROUBLES DE LA MÉMOIRE

En France, **aucun test de repérage des troubles de la mémoire n'est aujourd'hui recommandé** en soins primaires. L'évaluation repose d'abord sur l'interrogatoire du patient et de son entourage, puis, si nécessaire, sur des tests standardisés comme le **MMSE®**, le **MOCA** ou le **GP-Cog**.²³

Une **échelle de fluence verbale** (ex. : nommer un maximum de mots d'une catégorie en 1 minute) peut aider à identifier des troubles cognitifs légers.

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

Certains traitements, tout comme la maladie elle-même, peuvent affecter l'humeur ou le moral des patients.

L'utilisation d'**outils de dépistage des symptômes dépressifs** (ex. : **questionnaire en 9 questions type PHQ-9** en page suivante) permet de mieux évaluer l'impact psychologique et d'alerter l'équipe si nécessaire.

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne ; CTCAE : *Common Terminology Criteria for Adverse Events*; MMSE : *Mini Mental State Examination*; MOCA : *Montreal Cognitive Assessment*; GP-Cog : *General Practitioner assessment of Cognition*; EI : Évènement(s) Indésirable(s) ; PH-Q : *Patient Health Questionnaire*.

Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Jamais (0)	Plusieurs jours (1)	Plus de la moitié du temps (2)	Presque tous les jours (3)
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses				
Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)				
Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop				
Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie				
Avoir peu d'appétit ou manger trop				
Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même				
Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision				
Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude				
Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre				

Score	Sévérité de la dépression	Commentaires
0 - 4	Minimale ou absente	Surveillance
5 - 9	Légère	Jugement clinique pour évaluer le besoin de traitement
10 - 14	Modérée	
15 - 19	Modérément sévère	Besoin de traitement (psychothérapie et/ou traitement médicamenteux)
20 - 27	Sévère	

QUELQUES CONSEILS

Les symptômes à surveiller^{3,5}

La présentation clinique des troubles neurologiques peut être initialement perçue comme une **plainte articulaire ou musculaire** et l'ensemble de ces axes (articulaire, musculaire et neurologique) doit être soigneusement évalué.

- Céphalées, raideur de nuque, photophobie.
- Fièvre, nausées, vomissements.
- Troubles cognitifs et du comportement (confusion, troubles de la conscience).
- Crises d'épilepsie.
- Troubles moteurs (faiblesse musculaire, ataxie).
- Troubles neuropathiques périphériques (fourmillements, picotements, engourdissements, parfois douloureux, perte de la sensibilité ou sensibilité exacerbée, difficulté à réaliser des gestes fins avec les doigts, changements dans la capacité auditive ou acouphènes).
- Troubles oculaires (ptosis, diplopie).
- Troubles de la déglutition et de la parole (dysphagie, dysarthrie, dysphonie).
- Troubles sphinctériens.
- Troubles respiratoires.
- Palpitations, douleurs thoraciques, syncope.

Toute apparition ou aggravation de troubles neurologiques (moteurs, sensitifs, cognitifs...), même légers, doit conduire à solliciter rapidement un avis spécialisé en neurologie.⁵



Gestion des troubles de la mémoire⁵

Bien qu'ils soient le plus souvent transitoires, ces troubles peuvent impacter fortement le quotidien, la qualité de vie, voire retarder la reprise d'une activité professionnelle.

✓ À PRIVILÉGIER

- Utiliser des listes pour noter les choses à ne pas oublier (courses, appels, rendez-vous, etc.).
- Planifier les tâches du lendemain pour structurer la journée.
- Alternier les phases d'activité et de repos pour limiter la fatigue cognitive.
- Réserver les capacités de concentration pour les activités importantes.
- Maintenir des activités distrayantes et agréables pour favoriser le ressourcement.
- Encourager le partage des préoccupations avec les proches afin d'alléger la charge mentale.
- S'appuyer sur les proches ou les aidants pour identifier les troubles de l'humeur ou neurologiques.
- Proposer un soutien psychologique en cas de retentissement important dans la vie quotidienne.

⊖ À ÉVITER

- Les situations de multitâche qui peuvent aggraver les troubles de l'attention.
- La surcharge d'activités sans temps de repos suffisant.
- L'isolement face aux difficultés cognitives ou émotionnelles.

EI : Évènement(s) Indésirable(s).

Comprendre et expliquer l'administration des traitements anticancéreux



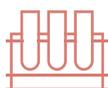
Lorsqu'un traitement anticancéreux est prescrit, de nombreuses questions peuvent se poser concernant son administration. **Rythme, mode d'injection, durée, lieu** ou encore **surveillance** : ces éléments varient selon le médicament, le protocole et la situation de chacun.²⁴

Ce tableau rassemble les principales questions posées par les patients, accompagnées de repères pour mieux comprendre ce qui peut être attendu :²⁵

Questions des patients	Informations clés et réponses types
« À quelle fréquence dois-je prendre ce médicament ? »	Le rythme dépend du protocole : certains médicaments se prennent chaque jour, d'autres une fois par semaine ou par mois. L'équipe médicale vous précisera le calendrier adapté.
« Comment vais-je recevoir le traitement ? Par voie orale ? En perfusion ? »	Le médicament peut être administré par voie orale (comprimés), en perfusion intraveineuse, sous-cutanée ou intramusculaire selon le médicament et le protocole.
« Combien de temps dure la perfusion ? »	La perfusion peut durer de quelques minutes à plusieurs heures selon le médicament et sa dose. L'équipe vous informera à chaque séance.
« Vais-je être surveillé(e) pendant et après l'injection ? Combien de temps ? »	Une surveillance est assurée pendant la perfusion et parfois après pour détecter d'éventuelles réactions ou effets secondaires. La durée dépend du traitement.

Questions des patients	Informations clés et réponses types
« Où vais-je recevoir mon traitement ? »	La plupart des traitements se font en hôpital ou centre de soins, mais certains médicaments oraux peuvent être pris à domicile sous contrôle médical.
« Que se passe-t-il si j'ai une réaction pendant la perfusion ? »	En cas de réaction (allergie, malaise), le personnel médical intervient immédiatement pour arrêter ou adapter la perfusion et prendre les mesures nécessaires.
« Dois-je prendre d'autres médicaments avant ? »	Certains traitements nécessitent une prémédication, comme des anti-nauséeux ou corticoïdes, pour prévenir les effets secondaires. L'équipe médicale vous expliquera.
« Une personne de soutien peut-elle être présente lors du traitement ? »	Selon l'établissement et le type de traitement, la présence d'un proche peut être autorisée. Il est conseillé de se renseigner auprès de l'équipe soignante avant chaque séance.
« Quand le traitement débutera-t-il ? Y a-t-il une liste d'attente ? »	Le début du traitement dépend de plusieurs facteurs : bilans à finaliser, validation du protocole, disponibilité des créneaux. Il peut exister un délai, mais l'équipe informe systématiquement le patient et veille à respecter les délais médicaux recommandés.

Lors des échanges avec le patient, il est important de présenter les résultats du bilan de façon **claire** et **rassurante**. Chaque bilan doit être interprété selon le contexte, les antécédents du patient, l'état clinique et le moment du cycle thérapeutique.



Si les résultats sont anormaux²⁶

Certaines valeurs peuvent dépasser les seuils habituels, ce qui peut inquiéter. **Une anomalie ne signifie pas systématiquement un problème grave**, mais justifie une attention particulière. Le médecin pourra recommander des examens complémentaires, un suivi renforcé, ou un ajustement du traitement pour assurer la sécurité et le confort du patient.

LES VALEURS DE RÉFÉRENCE²⁷

Numération Formule Sanguine (NFS) ou hémogramme

Paramètres	Homme	Femme
GR - Globules Rouges (en millions/mm ³ ou 10 ¹² /L)	4,25 - 5,7	4,2 - 5,2
Hb - Hémoglobine (en g/dL)	13 - 17	12 - 15
Ht - Hématocrite	42 - 54 %	37 - 47 %
VGM - Volume Globulaire Moyen (en fL)	80 - 100	
Leucocytes (par mm ³)	4 000 - 10 000	
PNN - PolyNucléaires Neutrophiles (par mm ³)	2 000 - 7 500	
PNE - PolyNucléaires Éosinophiles (par mm ³)	< 500	
PNB - PolyNucléaires Basophiles (par mm ³)	< 100	
Lymphocytes (par mm ³)	2 000 - 4 000	
Monocytes (par mm ³)	< 1 000	
Plaquettes (par mm ³)	150 000 - 400 000	

COMMENT L'INTERPRÉTER ?^{26,28}

Paramètres	Anomalie	Causes possibles
Globules Rouges (GR) et Hémoglobine (Hb)	Taux trop élevé (polyglobulie)	Déshydratation (diarrhée sévère), certains cancers, maladie pulmonaire, syndrome myéloprolifératif
	Taux trop bas (anémie)	Hémorragie, carence en fer ou en certaines vitamines, certains types de chimiothérapie, certains cancers, grossesse
Hématocrite (Ht)	Taux trop élevé	Déshydratation
	Taux trop bas	Anémie
Globules blancs (leucocytes)	Taux trop élevé	Infections, certains cancers, médicaments (facteurs de stimulation des colonies), stress, allergies, lésion tissulaire
	Taux trop bas	Infections, aplasie médullaire due à une chimiothérapie ou radiothérapie
Lymphocytes	Taux trop élevé	Infection virale (grippe), maladie auto-immune
Monocytes	Taux trop élevé	Certaines maladies infectieuses (mononucléose)
Plaquettes	Nombre trop élevé (thrombocytose)	Hémorragie prolongée ou perte de sang, anémie ferriprive, infections/inflammations, splénectomie, certains types de cancers
	Nombre trop bas (thrombopénie)	Cancers, infections, problèmes de coagulation, chimiothérapie ou radiothérapie, transfusions multiples, médicaments (AINS, aspirine, ibuprofène)

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens.

LES VALEURS DE RÉFÉRENCE^{27, 29}

Bilan inflammatoire simple sanguin

Paramètres	Homme	Femme
VS - Vitesse de Sédimentation (en mm/1h)	< 5	< 7
CRP - Protéine C-Réactive (en mg/L)	< 3	

Bilan hépatique

Paramètres	Valeurs
ASAT - ASpartate AminoTransférase (en UI/L)	4 - 40
ALAT - ALanine AminoTransférase (en UI/L)	4 - 40
GGT - Gamma-Glutamyl Transférase (en UI/L)	8 - 35
PAL - Phosphatase ALcaline (en UI/L)	30 - 100
Bilirubine libre (non conjuguée) (en mg/L)	< 10
Bilirubine conjuguée (en mg/L)	0
Bilirubine totale (en mg/L)	< 10
Albumine (en g/L)	35 - 50
TP - Taux de Prothrombine (en %)	75 - 100
LDH - Lactate DésHydrogénase (en UI/L)	100 - 350

Bilan rénal

Paramètres	Homme	Femme
Créatinine (en mmol/24h)	10 - 18	9 - 12
Urée (en mmol/L)	2,5 - 7,5	
DFG (en mL/min/1,73 m ²)	80 - 140	

COMMENT L'INTERPRÉTER ?^{26, 30-32}

Paramètres	Anomalie	Causes possibles
VS	Valeur élevée	Inflammation aiguë ou chronique (infection, cancer, maladie auto-immune)
CRP	Taux élevé	Infection ou inflammation <i>Inflammation sévère : CRP > 500 mg/L</i>
ASAT	Taux élevé	Foie endommagé, cirrhose, hépatite alcoolique, affections musculaires ou cardiaques
ALAT	Taux élevé	Foie endommagé, hépatite A, B ou C
GGT	Taux élevé	Alcoolisme chronique
PAL	Taux élevé	Foie endommagé, obstruction des voies biliaires, complication de la lithiase de la vésicule biliaire
Bilirubine	Taux élevé	Foie endommagé
Albumine	Taux élevé	Foie endommagé
TP	Taux élevé	Foie endommagé
LDH	Taux élevé	Foie endommagé
Créatinine	Taux élevé	Dysfonctionnement rénal
Urée	Taux élevé	Dysfonctionnement rénal
DFG	Taux bas	Dysfonctionnement rénal, IR

ALAT : Alanine Aminotransférase ; ASAT : Aspartate Aminotransférase ; CRP : Protéine C-Réactive ; DFG : Débit de Filtration Glomérulaire ; GGT : Gamma-Glutamyl Transférase ; IR : Insuffisance Rénale ; LDH : Lactate Déshydrogénase ; PAL : Phosphatase Alcaline ; TP : Temps de Prothrombine ; VS : Vitesse de Sédimentation.

LES VALEURS DE RÉFÉRENCE²⁷

Bilan glycémique

Paramètres	Valeurs
Glycémie à jeun (en g/L)	135 - 145
HbA1c - Hémoglobine glyquée (en %)	< 8

Bilan cardiaque

Paramètres	Valeurs
Troponine Ic (en ng/mL)	< 0,35
BNP (en pg/mL)	< 100
NT-proBNP (en pg/mL)	< 300

Bilan lipidique

Paramètres	Valeurs
Cholestérol total (en g/L)	< 2
LDL-cholestérol (en g/L)	< 1,6
HDL-cholestérol (en g/L)	> 0,4
Triglycérides (en g/L)	1,5

COMMENT L'INTERPRÉTER ?^{26,30,34,35}

Paramètres	Anomalie	Causes possibles
Glycémie à jeun	Taux trop élevé	Dysfonctionnement du pancréas, diabète
HbA1c	Taux trop élevé	Dysfonctionnement du pancréas
Troponines	Taux trop élevé	Souffrance cardiaque, SCA, IC, sepsis sévère, choc septique, embolie pulmonaire, réanimation cardiopulmonaire, traumatismes thoraciques, myocardite et péricardite, atteintes cardiaques toxiques, AVC, IRC, SDRA, maladies infiltratives, rhabdomyolyse
BNP et NT-proBNP	Taux trop élevé	Souffrance cardiaque, IC, IR sévère, sepsis sévère, choc septique, SDRA, SCA, embolie pulmonaire, intoxications cardiaques toxiques (ex : monoxyde de carbone)
Cholestérol total	Taux trop élevé	Facteurs génétiques ou régime alimentaire trop riche en graisses saturées et en cholestérol, perturbations du métabolisme (intolérance au glucose, prédiabète, diabète, augmentation de l'acide urique)
LDL-cholestérol	Taux trop élevé	Prise de médicaments (corticoïdes, certaines pilules œstroprogestatives, diurétiques, β-bloquants, antirétroviraux)
Triglycérides		Consommation excessive de boissons alcoolisées et/ou de sucres rapides ou à index glycémique élevé, perturbations du métabolisme (intolérance au glucose, prédiabète, diabète, augmentation de l'acide urique)

AVC : Accident Vasculaire Cérébral ; BNP : Brain Natriuretic Peptide ; HDL : High-Density Lipoprotein ; IC : Insuffisance Cardiaque ; IR : Insuffisance Rénale ; IRC : Insuffisance Rénale Chronique ; LDL : Low-Density Lipoprotein ; SCA : Syndrome Coronarien Aigu ; SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë.

LES VALEURS DE RÉFÉRENCE²⁷

Ionogramme sanguin

Paramètres	Valeurs
Sodium (en mmol/L)	135 - 145
Potassium (en mmol/L)	3,5 - 4,5
Chlore (en mmol/L)	95 - 105
Bicarbonates (en mmol/L)	22 - 26
Phosphate (inorganique) (en mmol/L)	0,95 - 1,25
Magnésium (en mmol/L)	0,75 - 1
Calcium (en mmol/L)	2,25 - 2,62

COMMENT L'INTERPRÉTER ?³⁶

Paramètres	Anomalie	Causes possibles
Sodium	Taux trop élevé	Diabète insipide, certaines thérapies anticancéreuses, mauvaise hydratation
	Taux trop bas	SIADH, certaines tumeurs (bronchiques et cérébrales), certaines chimiothérapies <i>Trouble hydroélectrolytique le plus fréquemment observé, touchant jusqu'à 47 % des patients</i>
Potassium	Taux trop élevé	Syndrome de lyse tumorale
	Taux trop bas	Apport oral insuffisant (anorexie, nausée, mucite, dysphagie), perte digestive (vomissement, diarrhée, stomie productive) ou rénale, hypercalcémie, hypomagnésémie, excès de minéralocorticoïdes, certains cancers, facteurs de croissance hématopoïétiques
Phosphate	Taux trop élevé	Syndrome de lyse tumorale
	Taux trop bas	Dénutrition, carence en protéines et en vitamine D, pertes digestives et rénales (syndrome de Fanconi), hypercalcémie paranéoplasique, ostéomalacie oncogénique, perfusion de fer, syndrome de renutrition inapproprié, tumeurs à renouvellement cellulaire rapide (leucémies, lymphomes)
Magnésium	Taux trop bas	Apport oral insuffisant, perte digestive ou rénale, certains traitements (IPP, anti-EGFR)
Calcium	Taux trop élevé	Lyse tumorale osseuse, production de PTHrP, production excessive de calcitriol, production ectopique de PTH, rebond d'hypercalcémie après l'arrêt de certains traitements. <i>Jusqu'à 30 % des patients avec un cancer présenteront une hypercalcémie</i>
	Taux trop bas	Syndrome de lyse tumorale, rhabdomyolyse, apport iatrogène, transfusions massives, hypoparathyroïdie, IRC, carence en vitamine D, <i>hungry bone syndrome</i> , séquestration osseuse du calcium (cancer de la prostate)

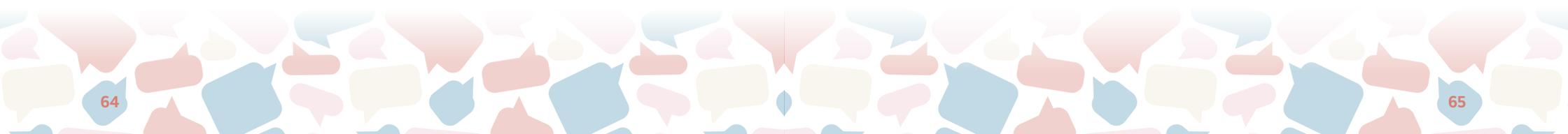
EGFR : *Epidermal Growth Factor Receptor* ; IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons ;
 IRC : Insuffisance Rénale Chronique ; PTH : hormone parathyroïdienne ; PTHrP : protéine
 apparentée à l'hormone parathyroïdienne ; SIADH : *Syndrome of Inappropriate Antidiuretic
 Hormone Secretion*.

Références

1. Bioy A, *et al.* Communication soignant-soigné : repères et pratiques. *Bréal*; 2013.
2. Fiches IDE. Communication non verbale. [En ligne]. Publié le 24/08/2024. Consulté le 02/07/2025.
3. INCa. Prévention et gestion des effets indésirables des anticancéreux. Référentiel. Publié en novembre 2024.
4. AFSOS. Fatigue et cancer. [En ligne]. Publié le 09/10/2020. Consulté le 24/06/2025.
5. Hôpitaux universitaires Genève. Mieux vivre les traitements contre le cancer. [En ligne]. Publié en avril 2020. Consulté le 02/07/2025.
6. ARC. Apaiser les douleurs du cancer. [En ligne]. Publié en mai 2020. Consulté le 02/07/2025.
7. HAS. Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur. [En ligne]. Publié le 12/01/2022. Consulté le 02/07/2025.
8. Hôpitaux universitaires Genève. Choisir le bon outil pour évaluer la douleur. [En ligne]. Mis à jour : 04/03/2025. Consulté le 24/06/2025.
9. HAS. Douleur neuropathique en 4 questions – DN4. [En ligne]. Publié en novembre 2022. Consulté le 02/07/2025.
10. ARC. Les soins de support : les pratiques non conventionnelles. [En ligne]. Consulté le 24/06/2025.
11. Ligue contre le cancer. Les soins de support : pour mieux vivre les effets du cancer. Décembre 2020.
12. SNFCP. Qualité des selles, échelle de BristolHeaton. [En ligne]. Consulté le 30/06/2025.
13. AFPA. Transit intestinal. Échelle de Bristol. [En ligne]. Consulté le 24/06/2025.
14. U.S. Department of health and human services. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0. [En ligne]. Publié le 27/11/2017. Consulté le 02/07/2025.
15. Brasseur E, *et al.* Prévention et traitement des nausées et vomissements après chimiothérapie anticancéreuse. *Med Hyg* 2002 ; 60 : 1509-13.
16. Khan S, *et al.* Détection et évaluation de la dénutrition en oncologie : quels sont les outils, pour quel type de cancer et dans quels buts ? *Bull Cancer* (2016).
17. HAS. Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte, et la personne de 70 ans et plus. Novembre 2021.
18. INCa. Comprendre la chimiothérapie. Guide patients. Publié en septembre 2021.
19. Réseau NACRe. Prévenir la dénutrition au cours du cancer et son traitement. [En ligne]. Mis à jour : 26/02/2024. Consulté le 02/07/2025.
20. Simand, *et al.* Immunothérapie par inhibiteurs de points de contrôle immunitaire et toxicité dermatologique. *Rev Med Suisse* 2020 ; 16 : 1086-91.
21. INCa. Problèmes de bouche. [En ligne]. Consulté le 30/06/2025.
22. Omedit. Fiche d'aide à la prise en charge des mucites. [En ligne]. Mis à jour le 20/03/2018. Consulté le 02/07/2025.
23. HAS. 5. Tests de repérage d'un trouble cognitif en médecine générale. [En ligne]. Publié en mai 2018. Consulté le 02/07/2025.
24. Société canadienne du cancer. Questions à poser. [En ligne]. Consulté le 02/07/2025.
25. Société canadienne du cancer. Questions à poser sur le traitement. [En ligne]. Consulté le 02/07/2025.
26. Ameli. Comment lire les résultats d'une prise de sang ? [En ligne]. Mis à jour : 26/02/2025. Consulté le 01/07/2025.
27. Valeurs biologiques usuelles chez l'adulte. 2011. [En ligne]. Consulté le 01/07/2025.
28. Société canadienne du cancer. Formule sanguine complète (FSC). [En ligne]. Consulté le 02/07/2025.
29. Bauer S, *et al.* Utilité du dosage de la CRP dans le diagnostic, le pronostic et le suivi de la pneumonie acquise dans la communauté. *Rev Med Suisse*. 2010;6:2068-2073.
30. Société canadienne du cancer. Diagnostic du cancer du pancréas. [En ligne]. Mis à jour le 10/2024. Consulté le 02/07/2025.
31. Société canadienne du cancer. Diagnostic du cancer du rein. [En ligne]. Consulté le 02/07/2025.
32. Société canadienne du cancer. Diagnostic du cancer du foie. [En ligne]. Consulté le 02/07/2025.
33. Galinier M. BNP, NT-proBNP : lequel choisir en pratique ? *Réalités Cardiológicas*. 2010.
34. Berthélémy S. Le bilan lipidique. *Actual Pharm*. 2014;53(534):59-61.
35. Favory, *et al.* Les marqueurs biologiques en réanimation cardiovasculaire : du nouveau en 2008 ? *Réanimation* (2008) 17, 171-176.
36. Saillant A, *et al.* Principaux troubles hydro-électrolytiques chez le patient de cancérologie. *Bull Cancer*. (2023).

Notes

Two columns of horizontal dotted lines for writing notes.



C.A.P. Onco

Compétences • Accompagnement • Prise en charge en Oncologie

Retrouvez C.A.P. Onco sur l'espace dédié de MSDconnect.fr



Accessible depuis votre smartphone, tablette ou ordinateur



Accédez à **C.A.P. Onco**
en flashant le QR CODE ci-contre
ou rendez-vous sur MSDconnect.fr

Information médicale :

Pour toute demande d'information médicale,
ou pour tout autre signalement sur nos médicaments MSD
ou sur la qualité de l'information promotionnelle :

connectez-vous sur notre site d'Information Médicale

<https://infomed.msdconnect.fr>

OU appelez le 01 80 46 40 40



Réalisé par un imprimeur labellisé Imprim'vert,
sur du papier issu de forêts gérées durablement

