

Guide de pratique clinique à  
l'intention du personnel infirmier

# Nausées et vomissements provoqués par le traitement du cancer chez l'adulte



Cette brochure a été financée par des subventions  
éducatives restreintes de Helsinn et Tesaro.



A GSK company

## Sommaire

|   |    |
|---|----|
| 1. Introduction                                     | 4  |
| 2. Classification et physiopathologie               | 5  |
| 3. Facteurs de risque                               | 8  |
| 4. Prise en charge                                  | 11 |
| 5. Lignes directrices utiles                        | 16 |
| 6. Les infirmiers ou infirmières font la différence | 20 |
| 7. Références et lectures complémentaires           | 24 |

© Copyright 2019 Société européenne des soins infirmiers en oncologie (EONS)

Anita Margulies, Patrick Jahn – Coprésidents

Anki Delin Eriksson, Sara Torcato, Cheryl Vidall – Groupe de travail

Karin Jordan – Conseillère médicale

Iveta Nohavová – Cheffe de projet

La rédaction médicale et le soutien à la conception ont été assurés par TMC Strategic Communications.

Les informations fournies dans cette brochure sont tout au plus indicatives. Bien que tout le soin nécessaire ait été apporté à sa préparation, sa production et sa présentation, il est conseillé aux participants de demander des conseils supplémentaires sur des questions spécifiques. EONS décline toute responsabilité de quelque nature que ce soit pour toute erreur ou omission dans les documents cibles, et il est conseillé à tous les participants de demander un avis indépendant avant de prendre une quelconque mesure découlant de toute information publiée dans les documents.

Pour tous les produits mentionnés dans les documents cibles, veuillez-vous référer aux informations de prescription complètes y figurant afin d'obtenir une liste exhaustive des indications, contre-indications, avertissements, précautions, effets indésirables et recommandations de posologie et d'administration.

Cette brochure a été financée par des subventions éducatives restreintes de Helsinn et Tesaro.

Helsinn et Tesaro n'ont pas participé à l'élaboration de la brochure. Un dernier examen de courtoisie a été proposé et les commentaires reçus ont été indépendamment acceptés ou rejetés par le groupe de travail et la conseillère médicale.



A GSK company

# 1. Introduction

L'objectif de cette brochure est de partager les connaissances, de soutenir et de renforcer l'autonomie des infirmiers(ières) dans la prise en charge optimale des nausées et vomissements associés au traitement du cancer chez l'adulte (appelés NV dans toute la brochure).

Les NV sont le plus souvent un symptôme du traitement du cancer, principalement associé à la chimiothérapie, bien qu'ils puissent également être dus à d'autres causes, y compris la maladie elle-même. Les patients souffrant de nausées peuvent présenter divers autres symptômes, notamment des sueurs, une accélération du rythme cardiaque et des vertiges. En plus des vomissements, les patients peuvent également avoir des haut-le-cœur (ou des vomissements secs).

Bien que de grands progrès aient été réalisés dans la maîtrise des NV, ils restent l'un des symptômes les plus fréquents et les plus pénibles du traitement du cancer. Dans une enquête menée auprès de 212 infirmiers européens en oncologie, seuls 19 % d'entre eux ont déclaré que les NV de la plupart de leurs patients étaient parfaitement maîtrisés.<sup>1</sup> S'ils ne sont pas pris en charge correctement, les NV peuvent compromettre la santé et la qualité de vie du patient et entraîner l'interruption du traitement du cancer.

Les infirmiers(ières) jouent un rôle central dans l'évaluation, la prévention et la prise en charge des NV. Grâce à une bonne compréhension de la physiopathologie des NV, des directives thérapeutiques internationales et des médicaments disponibles localement, les infirmiers(ières) peuvent apporter un soutien important aux patients et aux soignants, prendre en charge efficacement les NV et influencer le résultat du traitement et la qualité de vie des patients.



## Points clés

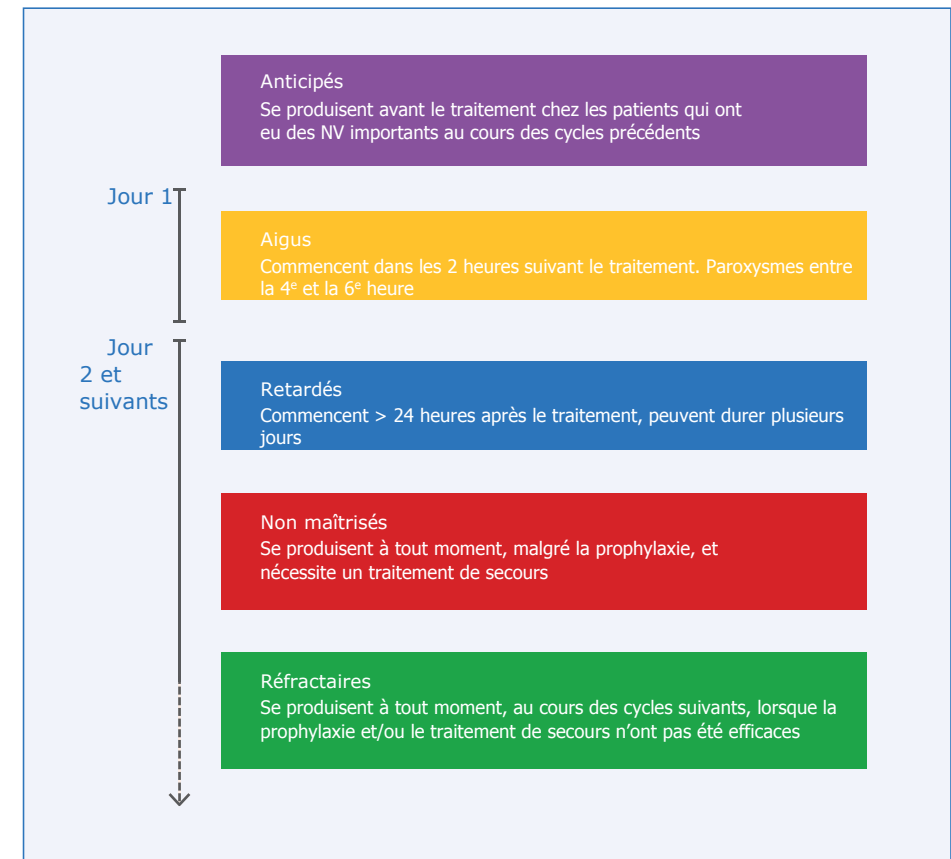
1. Seulement 19 % des infirmiers pensent que les NV de la plupart de leurs patients recevant un traitement contre le cancer sont parfaitement maîtrisés
2. Les NV peuvent compromettre la santé, la qualité de vie et le traitement du cancer des patients
3. Grâce à une meilleure compréhension des principes thérapeutiques, les infirmiers(ières) peuvent faire une réelle différence et améliorer la prévention des NV chez les patients atteints de cancer

# 2. Classification et physiopathologie

## Classifications

Il existe cinq classifications principales des NV chez les patients recevant un traitement contre le cancer (figure 1).<sup>2,3</sup>

Figure 1. Les principales classifications des NV<sup>2,3</sup>



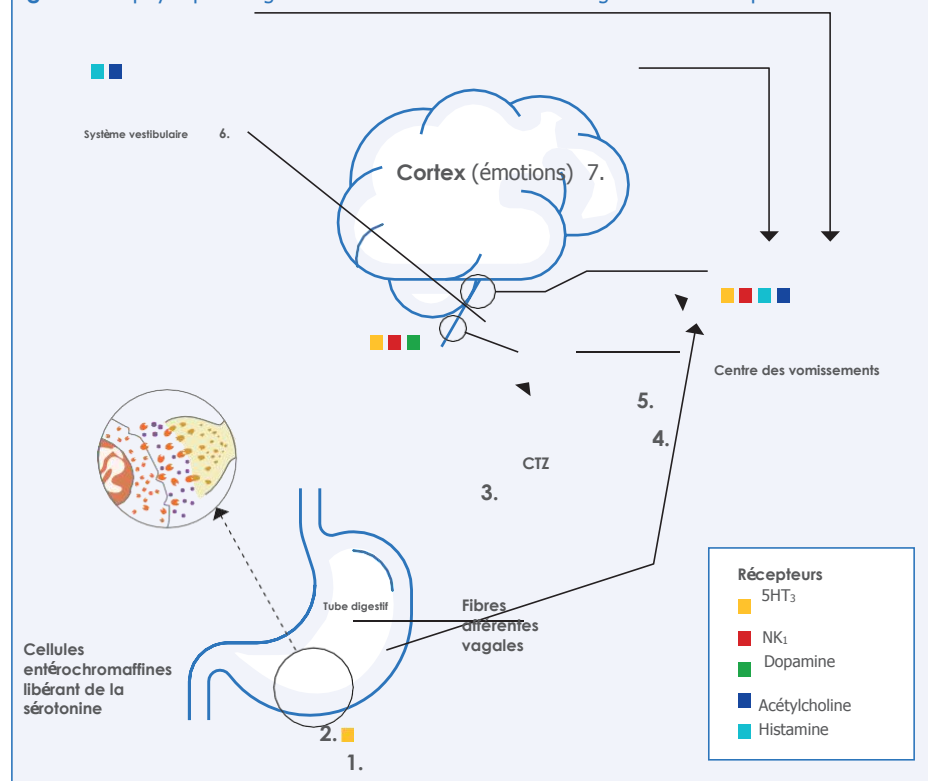
Selon les infirmiers(ières), les symptômes retardés sont particulièrement difficiles à traiter.<sup>1,4</sup> Les symptômes anticipés surviennent généralement avant le début d'un nouveau cycle de chimiothérapie et sont ressentis par les patients qui n'ont pas reçu de traitement antiémétique efficace lors d'un cycle précédent ou au cours du traitement anticancéreux, et ces symptômes peuvent être très difficiles à gérer.

## Physiopathologie

Les NV sont un processus physiologique normal et les voies impliquées dans les symptômes associés au traitement du cancer sont les mêmes que celles qui sont impliquées dans tout type de NV, comme l'intoxication alimentaire ou le mal des transports. Seul l'élément déclencheur, dans ce cas le traitement du cancer, est différent. Le processus implique la libération de neurotransmetteurs qui se lient à des récepteurs spécifiques dans différentes zones de l'intestin et du cerveau.<sup>3,5-7</sup>

La figure 2 montre les voies impliquées dans les NV associés à la chimiothérapie et les endroits où les différents signaux de neurotransmission sont actifs. On pense qu'un processus similaire se produit chez les patients recevant une radiothérapie à la suite d'un traitement anticancéreux.\* Pour de plus amples informations sur les agents antiémétiques utilisés dans la prise en charge des NV, voir le chapitre 4.

Figure 2. La physiopathologie des NV et le site d'activité des agents antiémétiques



Les cellules entérochromaffines des parois des intestins libèrent des médiateurs chimiques, principalement de la sérotonine (1). La sérotonine se lie aux récepteurs 5HT<sub>3</sub> des fibres vagues afférentes (2) en provoquant l'envoi d'influx nerveux vers la zone de déclenchement des chimiorécepteurs (CTZ, selon son sigle anglais) (3) et directement vers le centre des vomissements (réseau locomoteur spinal) (4), tous deux situés dans le tronc cérébral. La CTZ et le centre des vomissements contiennent des récepteurs pour divers neurotransmetteurs, notamment la sérotonine (récepteurs 5HT<sub>3</sub>), la substance P (récepteurs NK<sub>1</sub>) et la dopamine (récepteurs dopaminergiques D<sub>2</sub>). La CTZ transmet des signaux au centre des vomissements (5), qui est également activé par des influx provenant du système vestibulaire (6) et du cortex cérébral (7). Le centre des vomissements envoie des signaux à d'autres zones du cerveau, notamment les centres de la salivation et respiratoire, et stimule les fibres efférentes pour activer les organes impliqués dans les vomissements.

Les NV aigus se produisent principalement par le biais d'une voie périphérique dominée par le 5HT<sub>3</sub> tandis que les NV retardés sont principalement dirigés par une voie centrale médiée par les récepteurs NK<sub>1</sub>.<sup>6,9</sup>



## Points clés

1. La voie des NV est une voie physiologique normale
2. Le traitement du cancer est le principal facteur déclenchant des NV
3. Les principaux neurotransmetteurs impliqués dans la voie des NV sont la sérotonine, la substance P et la dopamine

## Optimisez votre pratique clinique

1. Prévoyez des échanges d'informations réguliers et actualisés sur la physiopathologie. Coordonnez des séances d'information avec l'oncologue ou l'infirmier(ière) en pratique avancée

### 3. Facteurs de risque

Le risque pour un patient de développer des NV est lié au traitement du cancer (tableau 1).<sup>2,3,6,7,9,10</sup>

Il est également lié aux caractéristiques individuelles des patients, et les facteurs couramment associés à un risque accru de développer des NV sont les suivants : être une femme, avoir moins de 60 ans, avoir des antécédents de NV pendant la grossesse ou de mal des transports, être anxieux, une consommation modérée d'alcool, s'attendre à développer des NV avant le traitement et dormir moins de 7 heures la nuit précédant la chimiothérapie. En évaluant avec précision la probabilité qu'un patient développe des NV et en modifiant la prophylaxie antiémétique en conséquence, les infirmiers(ières) peuvent augmenter les chances d'efficacité du traitement antiémétique. Un large éventail d'outils d'évaluation des risques est disponible à cet effet. Il est également important d'exclure toute autre cause de NV, notamment des métastases hépatiques, un iléus, des métastases cérébrales ou un œdème et des complications métaboliques. Les caractéristiques variant d'un patient à l'autre, il est essentiel d'adapter la prophylaxie antiémétique aux caractéristiques et aux besoins de chaque sujet.

**Tableau 1. Facteurs de risque liés au traitement systémique du cancer.**<sup>2,3,6,7,9,10</sup>

| Type de NV    | Facteurs de risque  |
|---------------|---|
| Aigus         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Potentiel émétisant du traitement anticancéreux</li> <li>Utilisation d'antiémétiques non prescrits à domicile</li> <li>Cycle(s) initial(aux) de chimiothérapie</li> <li>Dose de chimiothérapie</li> <li>Voie d'administration</li> <li>NV anticipés</li> <li>NV lors d'un cycle précédent de chimiothérapie</li> </ul> |
| Retardés      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Potentiel émétisant du traitement anticancéreux</li> <li>Prophylaxie non conforme aux recommandations</li> <li>Pas d'utilisation d'antiémétiques secondaires</li> <li>Nausées anticipées</li> <li>NV aigus</li> </ul>  |
| Non maîtrisés | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prophylaxie antiémétique inappropriée</li> </ul>   |
| Anticipés     | <ul style="list-style-type: none"> <li>NV au cours du cycle 1 de chimiothérapie</li> </ul>  |

#### Facteurs de risque liés au traitement systémique du cancer

Les principaux facteurs liés au traitement sont le type et la dose du traitement, sa probabilité de provoquer des NV (potentiel émétisant) et le type de prophylaxie antiémétique utilisée. L'association de différents médicaments, ou leur association avec la radiothérapie, peut augmenter le potentiel émétisant du traitement.

#### Chimiothérapie

Le cisplatine est l'agent parentéral le plus émétisant (tableau 2).<sup>2,3,10</sup> En général, on peut considérer que la majorité des traitements par immunothérapie et anticorps monoclonaux présentent un risque faible ou minime de provoquer des NV. Les infirmiers(ières) peuvent vérifier le risque émétique en utilisant le tableau des risques émétiques. La plupart des schémas thérapeutiques associés à des vomissements retardés ont un potentiel émétisant élevé, bien qu'il existe également des agents modérément émétisants dans cette catégorie.<sup>2</sup> Il faut toutefois se rappeler que les patients peuvent ressentir des NV indépendamment de la catégorie dans laquelle ils sont classés.

**Tableau 2. Risque de vomissements aigus avec les médicaments anticancéreux.**<sup>2,3,10</sup>

| Degré de potentiel émétisant | Risque de NV, % | Exemples*   |  |
|------------------------------|-----------------|---|--|
|                              |                 | Parentéral  | Oral   |
| Élevé                        | > 90            | <b>Cisplatine</b><br>Anthracycline/cyclophosphamide<br>Cyclophosphamide $\geq 1\ 500\ \text{mg/m}^2$<br>Dacarbazine | Procarbazine   |
| Modéré                       | > 30-90         | Bendamustine<br>Carboplatine<br>Cyclophosphamide $< 1\ 500\ \text{mg/m}^2$<br>Doxorubicine<br>Oxaliplatine          | Bosutinib<br>Crizotinib<br>Cyclophosphamide<br>Témazolomide<br>Vinorelbine                                       |
| Faible                       | 10-30           | Afibercept<br>Cétuximab<br>Docétaxel<br>5-fluorouracile<br>Gemcitabine<br>Méthotrexate<br>Pémétréxed<br>Topotécán   | Afatinib<br>Capécitabine<br>Étoposide<br>Évérolimus<br>Lapatinib<br>Régorafénib<br>Tégafur uracile<br>Vandétanib |
| Minimal                      | < 10            | Bléomycine<br>Fludarabine<br>Nivolumab<br>Trastuzumab<br>Vincristine<br>Vinorelbine                                 | Chlorambucil<br>Erlotinib<br>Géfitinib<br>Melphalan<br>Méthotrexate<br>Sorafénib                                 |

\* Ce ne sont que quelques exemples fréquents. Pour une liste plus complète, voir NCCN 2019<sup>3</sup> et Roila *et al.* 2016.<sup>10</sup> Adapté de Hesketh *et al.* 2018,<sup>2</sup> NCCN 2019<sup>3</sup> et Roila *et al.* 2016.<sup>10</sup>

### Radiothérapie

Les NV provoqués par la radiothérapie peuvent survenir chez 50 à 80 % des patients en cours de traitement.<sup>8</sup> Le risque dépend non seulement du site de traitement et du volume de tissu irradié (figure 3)<sup>11</sup> mais aussi des caractéristiques du patient, comme indiqué précédemment dans le chapitre.

Figure 3. Risque de NV avec la radiothérapie. Adapté de Ruhlmann *et al.* 2017<sup>11</sup>

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Élevé                            | Irradiation totale   |
| Modéré                           | Abdomen supérieur,   |
| Faible                           | Crâne, tête et cou, région   |
| Minimal                          | Membres, sein  |
| Chimioradiothérapie concomitante | Le risque est fondé sur la chimiothérapie utilisée, sauf si le risque émettant de la radiothérapie est |

## 4. Prise en charge

La prise en charge des NV a fait des progrès considérables. Il fut un temps où presque tous les patients recevant un traitement anticancéreux pouvaient s'attendre à souffrir de NV. Aujourd'hui, on en sait beaucoup plus sur la façon de maîtriser les NV et il existe de nombreux agents plus efficaces. Les infirmiers(ières) doivent rassurer les patients en leur disant que les NV ne sont pas une conséquence inévitable du traitement du cancer.

L'objectif de la prise en charge est d'obtenir une **réponse complète** au traitement, sans vomissement et sans médicament de secours pour les nausées et les vomissements. La clé d'une prise en charge efficace est la prévention<sup>6</sup> ; par conséquent, il est vital d'utiliser la prophylaxie la plus efficace dès le tout premier cycle de traitement. Il n'existe aucune preuve des avantages d'une approche attentiste, qui peut même rendre plus difficile la prise en charge des épisodes ultérieurs de NV.

Une mauvaise prise en charge des symptômes de NV peut avoir des conséquences désastreuses, notamment une déshydratation, une anorexie, une réduction de la qualité de vie, de l'autonomie et de la participation aux activités quotidiennes et, surtout, des interruptions du traitement du cancer qui pourraient compromettre l'issue du traitement.<sup>3,6,9,12</sup>

### Traitement pharmacologique

Les principaux médicaments utilisés pour la prise en charge des NV agissent en bloquant (antagonisant) la liaison des médiateurs chimiques, libérés en réponse au traitement du cancer, aux récepteurs impliqués dans la transmission de l'influx nerveux le long des voies de signalisation des NV (tableaux 3-5)<sup>2,10,13</sup> (voir chapitre 2 pour la physiopathologie des NV).

*Il peut y avoir des différences régionales dans la disponibilité des médicaments et des formulations discutés ici.*



### Points clés

1. La classification des médicaments et la dose du traitement anticancéreux constituent le principal facteur de risque de NV
2. La prophylaxie et le contrôle antiémétiques doivent être adaptés aux caractéristiques et aux besoins de chaque patient

### Optimisez votre pratique clinique

1. Créez une liste de classification indiquant le potentiel émettant des agents. Étant donné le grand nombre de médicaments utilisés, concentrez-vous sur les médicaments utilisés dans votre environnement clinique, y compris les associations de haut niveau. Un format de poche peut être utile
2. Saisissez les informations importantes pour l'évaluation des risques sous forme de carte aide-

**Tableau 3. Antagonistes des récepteurs 5HT<sub>3</sub>** 2,10

| Agent                              | Posologie recommandée*   | Évènements indésirables   |
|------------------------------------|--|---|
| <b>1<sup>re</sup> génération :</b> |  |   |
| Ondansétron                        | IV : 8 mg ou 0,15 mg/kg<br>Orale : 16 mg<br>Également disponible sous forme de formulation à désagrégation orale | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralement bien toléré</li> <li>• Principaux effets secondaires : céphalées de faible intensité, malaise, constipation</li> <li>• Les agents de première génération peuvent être associés à des effets secondaires cardiaques ; ceux-ci ne sont pas observés avec le palonosétron</li> </ul> |
| Granisétron                        | IV : 1 mg ou 0,01 mg/kg<br>Orale : 2 mg (ou 1 mg) Également disponible sous forme de patch                       |   |
| Tropisétron                        | IV : 5 mg<br>Orale : 5 mg  |   |
| Dolasétron                         | Orale : 100 mg   |   |
| <b>2<sup>de</sup> génération :</b> |  |   |
| Palonosétron                       | IV : 0,25 mg<br>Orale : 0,5 mg   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralement bien toléré</li> <li>• Principaux effets secondaires : céphalées de faible intensité, malaise, constipation</li> </ul>  |

\* D'après Roila *et al.* 2016.<sup>10</sup> Consultez les recommandations de pratique thérapeutique pour obtenir tous les détails sur la posologie recommandée.

Les antagonistes des récepteurs (AR) 5HT<sub>3</sub> sont utilisés dans la prise en charge des NV depuis les années 1990.<sup>6</sup> Comparé à d'autres antagonistes des récepteurs 5HT<sub>3</sub>, le palonosétron est plus efficace pour prévenir les NV aigus<sup>2,6</sup> ainsi que pour encourager l'adhésion à la chimiothérapie et éviter les retards de traitement.<sup>6</sup>

**Tableau 4. Antagonistes des récepteurs NK<sub>1</sub>** 2,10,13

| Agent  | Posologie recommandée*                                  | Évènements indésirables/commentaires   |
|--|---|--|
| Aprépitant   | Orale : 125 mg (aigus)<br>+ 80 mg (retardés)            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec tous les AR NK<sub>1</sub>, à l'exception du rolapitant, la dose de dexaméthasone doit être ajustée</li> </ul> |
| Fosaprépitant  | IV : 150 mg   |  |
| Rolapitant   | Orale : 180 mg  |  |
| NEPA (nétipitant + palonosétron) - Association d'AR 5HT <sub>3</sub> /AR NK <sub>1</sub> | Orale : 300 mg de nétipitant/<br>0,5 mg de palonosétron |  |

\* D'après Roila *et al.* 2016.<sup>10</sup> Consultez les recommandations de pratique thérapeutique pour obtenir tous les détails sur la posologie recommandée.

L'introduction des AR NK<sub>1</sub> au début des années 2000 a constitué un bond en avant pour la

prophylaxie des NV, notamment en ce qui concerne les symptômes retardés.<sup>6</sup>

NEPA, qui associe le nétipitant et les AR 5HT<sub>3</sub> dans une seule gélule orale capsule, est le premier antiémétique à association fixe pour la prévention des NV aigus et retardés associés à une chimiothérapie hautement et modérément émétisante contenant du cisplatine. Tous les schémas thérapeutiques à trois médicaments à base d'AR NK<sub>1</sub> ont démontré leur supériorité par rapport aux schémas à deux médicaments.<sup>6,14</sup>

**Tableau 5. Autres agents** 2,10,13

| Classe d'agent             | Nom                                 | Posologie recommandée *                     | Évènements indésirables/commentaires   |
|----------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Corticostéroïdes           | Dexaméthasone<br>Méthylprednisolone | IV, orale                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Largement utilisés, généralement en association avec d'autres agents</li> </ul>   |
| AR de la dopamine          | Métoclopramide                      | Orale : 10 mg (jusqu'à trois fois par jour) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Être attentif à l'utilisation de doses plus fortes de métoclopramide selon les recommandations de l'EMA. Une neuropathie accrue a été signalée comme un effet secondaire sévère.</li> </ul> |
| Benzodiazépines et dérivés | Lorazépam                           | Orale : 1 mg                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peut être un agent d'appoint utile (ne pas utiliser en monothérapie)</li> </ul>   |
| Autre                      | Olanzapine                          | Orale : 5-10 mg                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La sédation pose un problème avec la dose de 10 mg/jour, en particulier chez les patients âgés</li> </ul>   |

\* Consultez les recommandations de pratique thérapeutique pour obtenir tous les détails sur la posologie recommandée. EMA (Agence européenne des médicaments)

Les **corticostéroïdes**, en particulier la dexaméthasone, sont largement utilisés, généralement en association avec d'autres agents. Le mécanisme d'action des corticostéroïdes n'est pas bien compris mais on pense qu'il implique un effet de blocage des récepteurs.

Les **AR de la dopamine**, tels que le métoclopramide, peuvent être utiles avec un traitement à faible potentiel émétisant. Il est également apprécié comme médicament de secours pour les agents modérément ou faiblement émétisants.

Les **benzodiazépines**, comme le lorazépam, peuvent être utiles dans la prise en charge des vomissements anticipés ou pour les patients très inquiets.<sup>2,10</sup>

L'**olanzapine** bloque une variété de récepteurs, y compris les récepteurs 5HT et dopaminergiques, et est particulièrement utile pour le traitement des symptômes retardés et non maîtrisés.<sup>13,15</sup>

Les **cannabinoïdes synthétiques**, par exemple la nabilone et le dronabinol, peuvent être utiles dans certaines situations, notamment chez les patients ne tolérant pas les agents de première intention ou réfractaires à ces agents.<sup>2</sup> Les cannabinoïdes ne sont pas facilement disponibles dans de nombreux pays mais un certain nombre d'essais cliniques sont en cours.

**Traitements non pharmacologiques et thérapie comportementale**

Si les agents pharmacologiques constituent le pilier de la prise en charge des NV, des interventions non pharmacologiques et comportementales peuvent être envisagées pour certains patients, en particulier ceux qui présentent des symptômes anticipés.<sup>2,7,10</sup> Il convient d'y avoir recours en complément, et non à la place, des agents antiémétiques. Parmi les exemples fondés sur des données probantes, citons l'acupuncture/acupression, la distraction cognitive (par exemple, jeux vidéo, musique), l'entraînement à la relaxation musculaire, l'exercice et l'hypnose. Si un patient utilise des médicaments en vente libre, l'équipe clinique doit être consultée.



**Points clés**

1. Les infirmiers(ières) doivent rassurer les patients sur le fait que les NV ne sont pas une conséquence inévitable du traitement du cancer
2. L'objectif de la prise en charge est d'obtenir une réponse complète au traitement (pas de vomissement et pas de médicament de secours nécessaire pour les nausées ou les vomissements)
3. La clé d'une prise en charge efficace est la prévention et la prophylaxie la plus efficace doit être utilisée dès le tout premier cycle du traitement anticancéreux
4. Il n'existe aucune preuve des avantages d'une approche attentiste
5. Les agents pharmacologiques constituent le premier choix de traitement des NV ; l'équipe clinique doit être consultée si un patient utilise des médicaments en vente libre

**Optimisez votre pratique clinique**

1. Renseignez-vous sur la stratégie de votre établissement en matière de NV auprès de l'équipe interprofessionnelle ou de votre oncologue. L'une des lignes directrices est-elle appliquée ? Laquelle ? Documentez cela pour que tout le monde puisse la consulter
2. Développez un plan pour communiquer les changements dans la stratégie de prise en charge. L'équipe peut être informée par de petites notes ou des séances de formation
3. Développez un plan de base avec l'équipe pour donner des conseils afin d'éduquer les patients sur les NV provoqués par le traitement
4. Créez une présentation simple et imprimée pour les patients du programme de médicaments antiémétiques qui leur a été prescrit, y compris des photos des médicaments. Fournissez aux patients les coordonnées du personnel soignant à utiliser le soir et le week-end



## 5. Lignes directrices utiles

Des guides de pratique clinique de haute qualité produits par un certain nombre de sociétés et d'associations d'oncologie (Multinational Association of Supportive Care in Cancer/European Society for Medical Oncology [MASCC/ESMO], American Society of Clinical Oncology [ASCO], National Comprehensive Cancer Network [NCCN]) fournissent des recommandations de prise en charge fondées sur les données des derniers essais cliniques dans le but d'améliorer le devenir des patients (tableau 6).<sup>3,10,16</sup> Les recommandations de ces guides sont globalement similaires.

**Tableau 6.** Résumé des recommandations du guide de pratique clinique pour la prise en charge des NV<sup>3,10,16</sup>

### NV aigus associés à la chimiothérapie

| Groupe à risque          | ESMO   | ASCO  | NCCN (traitement parentéral du cancer)                      |  |
|--------------------------|--|---|---|--|
| Élevé, non-AC            | AR SHT3 + AR NK1 + Dexaméthasone   | AR SHT3 + AR NK1 + Dexaméthasone + Olanzapine | AR SHT3 + AR NK1  | Palonosétron + AR SHT3 + Dexaméthasone                       |
| Élevé, AC                | AR SHT3 + AR NK1 + Dexaméthasone   | AR SHT3 + AR NK1 + Dexaméthasone + Olanzapine | AR SHT3 + Dexaméthasone                                     | Palonosétron + AR SHT3 + AR NK1 + Dexaméthasone + Olanzapine |
| Modéré, carboplatine     | AR SHT3 + AR NK1 + Dexaméthasone   | AR SHT3 + AR NK1 + Dexaméthasone              | AR SHT3 + Dexaméthasone                                     | Palonosétron + AR SHT3 + Dexaméthasone                       |
| Modéré, non-carboplatine | +  | +   |   |  |
| Faible                   | Dexaméthasone ou AR SHT3 ou AR dopamine  | AR SHT3 ou Dexaméthasone                      | Dexaméthasone ou AR SHT3 ou AR dopamine ou prochlorpérazine |  |
| Non maîtrisés            | Ajout d'un agent dont le mécanisme est différent de celui utilisé à titre prophylactique |   |   |  |
| Anticipés                | La meilleure approche est une maîtrise parfaite des NV aigus et retardés                 |   |   |  |
|                          | ± Benzodiazépines<br>± Traitement comportemental   | ± Traitement comportemental                   | ± Benzodiazépines   | ± Traitement comportemental                                  |

**Légende**

- AR SHT3
- Dexaméthasone
- AR dopamine
- Traitement comportemental
- AR NK1
- Olanzapine
- Benzodiazépines

### NV retardés associés à la chimiothérapie

| Groupe à risque          | ESMO                   | ASCO                                | NCCN (traitement parentéral du cancer) |            |                                     |
|--------------------------|------------------------|-------------------------------------|--|------------|-------------------------------------|
| Élevé, non-AC            | AR NK1 + Dexaméthasone | AR NK1 + Dexaméthasone + Olanzapine | AR NK1 + Dexaméthasone                 | Olanzapine | AR NK1 + Dexaméthasone + Olanzapine |
| Élevé, AC                | AR NK1 + Dexaméthasone | AR NK1 + Dexaméthasone + Olanzapine | AR NK1 + Dexaméthasone                 | Olanzapine | AR NK1 + Dexaméthasone + Olanzapine |
| Modéré, carboplatine     | Dexaméthasone          | Non spécifié                        | AR SHT3 + Dexaméthasone                | Olanzapine | AR SHT3 + Dexaméthasone             |
| Modéré, non-carboplatine |                        |                                     | ou                                     |            | ±                                   |

**Légende**

AR SHT3 AR NK1 (aprépitant) Dexaméthasone Olanzapine

### NV associés à la radiothérapie

| Groupe à risque       | ESMO/ASCO  |
|-----------------------|--|
| Élevé                 |  |
| Modéré                | ±  |
| Faible                | Cerveau<br>Autre ou ou   |
| Traitement de secours | Autre ou ou  |
| Chimioradiothérapie   | Fonder le traitement sur l'agent/le mode de traitement (chimiothérapie ou radiothérapie) présentant le plus grand risque de vomissements |

**Légende**

AR SHT3 Dexaméthasone AR dopamine

AC, doxorubicine + cyclophosphamide. Le traitement des NV retardés est guidé par le choix des agents pour les NV aigus. Pour le NCCN, l'ordre des options pour les NV aigus et retardés n'implique pas de préférence. Consultez les lignes directrices individuelles pour obtenir des détails complets sur les recommandations et la posologie.

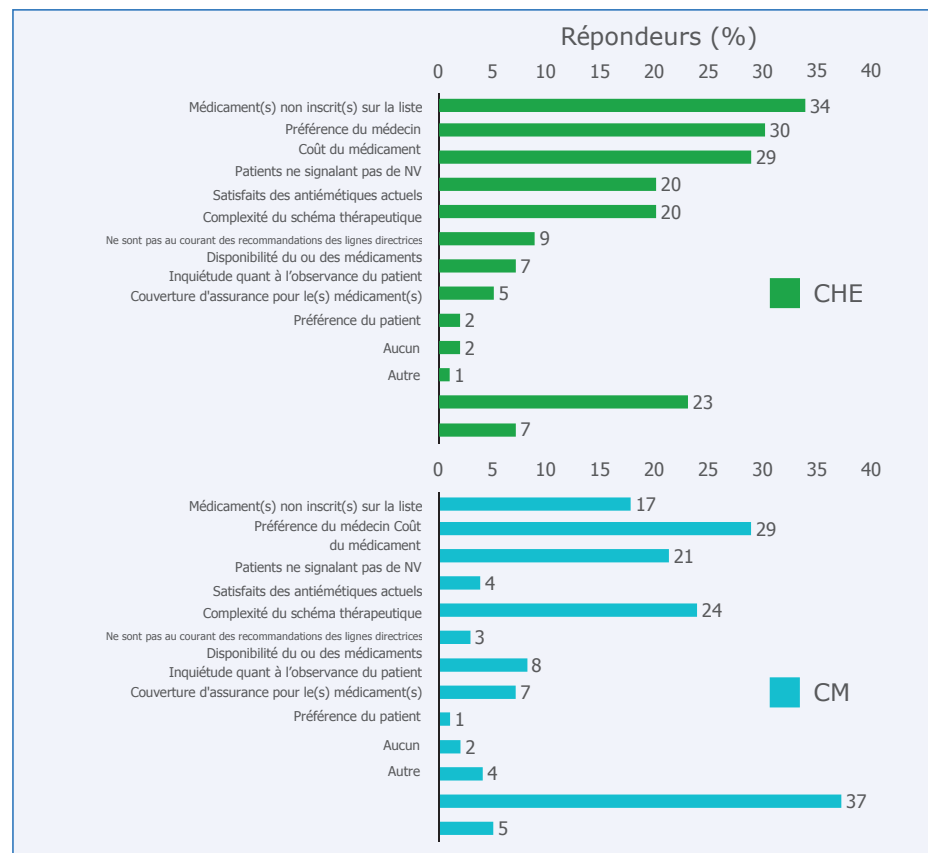
### NV réfractaires

Si, malgré tous les schémas thérapeutiques optimaux, les NV sont toujours présents, il convient de revoir les points suivants :

- Le potentiel émétisant a-t-il été correctement évalué ?
- La posologie de la prophylaxie antiémétique était-elle optimale (dose/intervalle) ?
- D'autres facteurs que le médicament ou la radiothérapie sont-ils en cause ?
- Le patient a-t-il pris les antiémétiques et le médicament de secours comme prescrit ?

Bien qu'il existe des traitements antiémétiques efficaces et des lignes directrices fondées sur des données probantes, les NV restent un problème important pour les patients, en grande partie à cause de stratégies de prise en charge sous-optimales. L'une des principales raisons en est que les lignes directrices internationales sur la prise en charge ne sont souvent pas suivies. Les obstacles à l'adhésion comprennent les médicaments qui ne figurent pas sur la liste des médicaments, le coût des médicaments et la préférence des médecins pour un traitement non recommandé dans les lignes directrices (figure 4).<sup>1,4</sup> Dans une enquête européenne sur les infirmiers(ières) en oncologie, 40 % des répondants ont indiqué que la préférence des médecins était le principal obstacle à l'application des lignes directrices.

Figure 4. Obstacles empêchant l'utilisation conforme aux lignes directrices des antiémétiques<sup>1</sup>



NV : nausées et vomissements provoqués par la chimiothérapie ; CHE : chimiothérapie hautement émétisante ; CME : chimiothérapie modérément émétisante

Encourager l'équipe multidisciplinaire à adopter, dans la mesure du possible, les lignes directrices internationales sur le traitement est un rôle important de l'infirmier(ière).



### Points clés

1. Les lignes directrices internationales sur le traitement fournissent des recommandations de prise en charge fondées sur des données probantes dans le but d'améliorer le devenir des patients, mais elles ne sont souvent pas appliquées
2. Dans une enquête menée auprès d'infirmiers et d'infirmières européens en oncologie, 40 % des personnes interrogées ont indiqué que la préférence du médecin était le principal obstacle à l'application des lignes directrices internationales sur le traitement
3. Les infirmiers(ières) doivent encourager l'équipe multidisciplinaire à adopter les lignes directrices internationales sur le traitement dans la mesure du possible

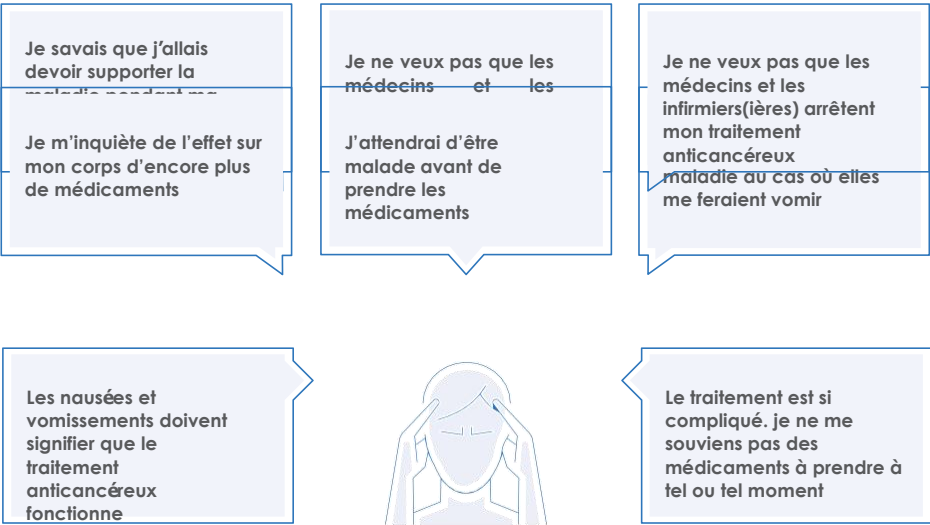
### Optimisez votre pratique clinique

1. Avec les oncologues, préparez un aperçu des lignes directrices actuellement appliquées dans votre clinique et mettez-le à la disposition de tous pour consultation. Un format de poche peut être utile
2. Fournissez des liens ou des hyperliens pour diriger les professionnels de santé vers les lignes directrices et les informations sur les meilleures pratiques actuelles

# 6. Les infirmiers ou infirmières font la différence

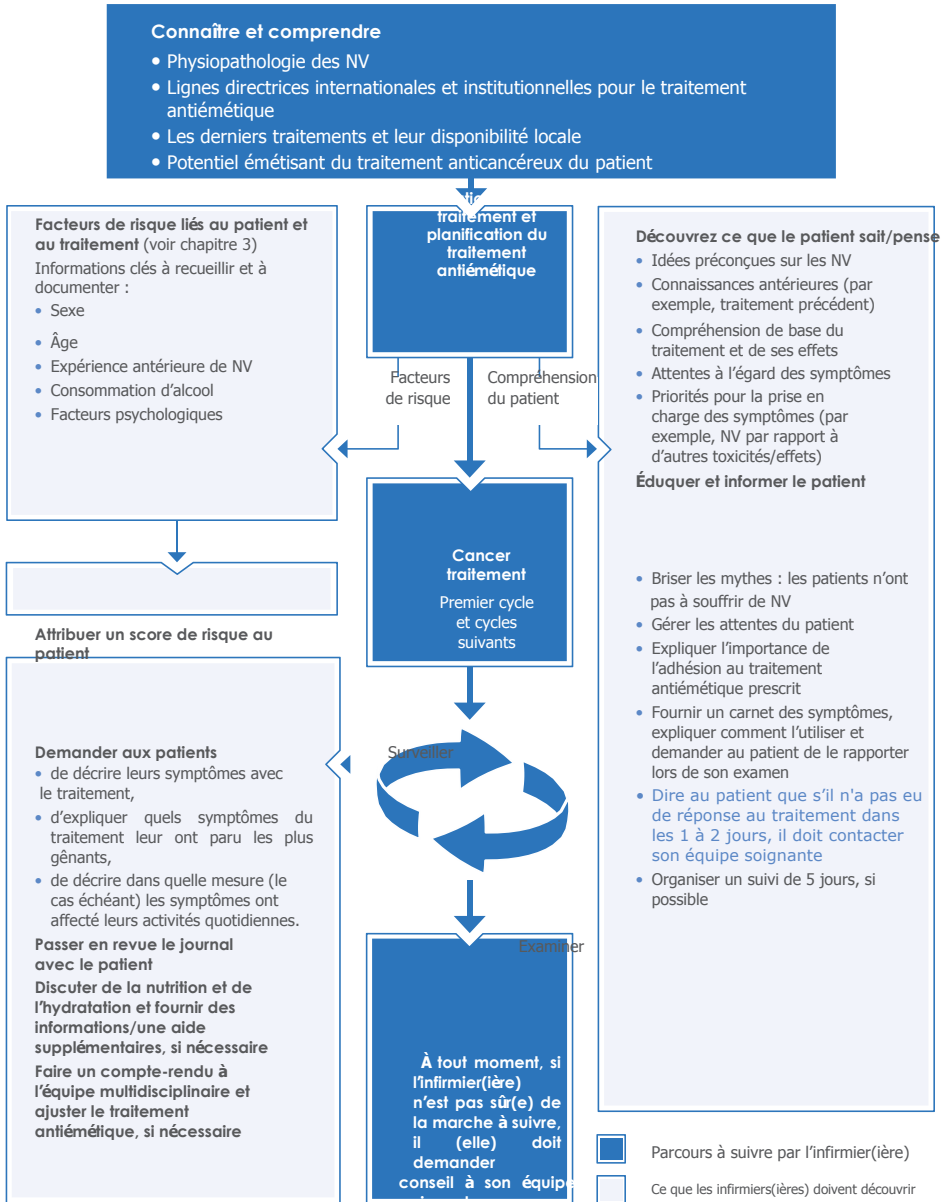
La prise en charge des NV doit être centrée sur le patient. Les patients peuvent avoir de nombreuses craintes et idées préconçues sur les NV, mais ils peuvent être réticents à partager leurs pensées avec leur prestataire de soins (figure 5).<sup>6,17</sup> De plus, les prestataires de soins ont des perceptions différentes des NV<sup>12,17</sup> et peuvent sous-estimer l'impact des symptômes, en particulier des NV retardés.

Figure 5. Perceptions et craintes des patients concernant les NV et les médicaments antiémétiques<sup>6,17</sup>



Les infirmiers(ières) sont particulièrement bien placés pour réduire les risques de développer des NV chez un patient. Ils doivent écouter, soutenir et éduquer les patients et les soignants sur les NV et leur prise en charge. Grâce à leur connaissance des lignes directrices internationales, les infirmiers(ières) aideront à planifier les programmes de gestion des antiémétiques, puis prescriront et/ou administreront les médicaments appropriés. Ils font partie intégrante non seulement de l'évaluation du risque pour un patient d'avoir des NV, mais aussi de l'examen et du suivi de l'efficacité du traitement antiémétique (figure 6).

Figure 6. Le rôle de l'infirmier(ière) dans l'évaluation des risques, la planification du traitement et le suivi du patient



Aujourd'hui, la plupart des patients sont traités en ambulatoire et il est probable que l'infirmier(ière) ne dispose que de très peu de temps pour discuter des NV d'un patient. Poser des questions ouvertes aux patients de la bonne manière (par exemple, « Pouvez-vous décrire vos symptômes ? » plutôt que « Vous êtes-vous senti(e) mal ? ») est crucial pour obtenir les informations nécessaires. Il n'y a pas d'approche unique à adopter. Au contraire, les questions doivent être adaptées au patient, en tenant compte de ses antécédents médicaux, de son âge, de son niveau d'éducation et de ses capacités cognitives. Les infirmiers(ières) doivent être conscient(e)s qu'il peut y avoir des variations culturelles dans les réponses. Parfois, l'utilisation d'une échelle de 1 à 10 aide le patient à classer la sévérité ou l'impact de ses symptômes et elle peut être utilisée chaque jour ou plusieurs fois par jour si nécessaire. Ce type de notation (échelle de Likert) a été identifié comme fournissant un score précis et cohérent dans le temps. Le MASCC Antiemesis Tool® (MAT) ([www.mascc.org/mat](http://www.mascc.org/mat)), outil disponible gratuitement en 16 langues et en version application mobile, peut être utilisé pour surveiller les NV et est particulièrement utile comme journal de bord dans le cadre d'un traitement ambulatoire.

### Nutrition pendant les NV

Les problèmes liés aux aliments et aux liquides pendant les épisodes de NV sont fréquents et constituent des problèmes de qualité de vie importants non seulement pour le patient mais aussi pour le soignant. Le ressentiment, la frustration et les divergences d'opinion peuvent survenir si le patient ne peut pas manger ou a peur de le faire. Les patients s'abstiennent également de manger avant leur traitement. Outre les nombreuses suggestions publiées, des amis et des voisins bien intentionnés font également des recommandations, dont les avantages et les inconvénients doivent être discutés avec le patient. L'inclusion d'un(e) diététicien(ne) est vivement recommandée et les habitudes culturelles et individuelles doivent également être prises en compte et intégrées.

Les patients ont souvent une quantité énorme d'informations à traiter, les infirmiers(ières) doivent donc rappeler au patient les détails importants à *chaque visite*. Les infirmiers(ières) doivent également fournir des informations écrites sur les NV adaptées aux patients et, si possible, le nom et le numéro de téléphone d'un contact pour les patients qui ont besoin d'aide pour gérer leurs symptômes à domicile.

Les infirmiers(ières) ont le privilège d'être le principal point de contact du patient pendant une grande partie de son traitement du cancer. En travaillant avec le patient pour comprendre ses symptômes de NV, pour obtenir le traitement le mieux adapté à ses besoins et ainsi l'aider à mener une vie aussi normale que possible malgré son cancer, les infirmiers(ières) peuvent réellement améliorer le bien-être physique et émotionnel des patients.



### Points clés

1. En évaluant correctement le risque, en planifiant le traitement antiémétique et en surveillant efficacement la réponse, les infirmiers(ières) peuvent réduire les risques pour un patient de développer des NV
2. Les patients ont beaucoup de choses à retenir ! Les infirmiers(ières) doivent leur rappeler les détails importants à *chaque* visite
3. Il faut dire aux patients que si leurs NV ne répondent pas au traitement dans les 1 à 2 jours, ils doivent contacter leur équipe soignante

### Optimisez votre pratique clinique

1. Développez une courte présentation interprofessionnelle en utilisant les informations des « points clés » de la brochure. Cette présentation peut être utilisée à titre de rappel ou d'introduction pour les nouveaux membres du service d'oncologie
2. Dans le cadre d'un projet d'équipe, élaborer un guide d'évaluation des risques, en intégrant les différentes étapes et en donnant des conseils pour encourager l'adhésion du patient. Des orientations sur la documentation et l'évaluation de suivi doivent être inclus.
3. Dressez une liste de suggestions de sites d'information recommandés pour les patients afin d'assurer la coordination des informations entre le personnel et les patients/soignants. Pour trouver des idées et des informations, consultez les sites web recommandés au niveau local et international pour les NV
4. Certains symptômes ne se manifestent que lorsque le patient est rentré chez lui ; prévoyez une stratégie de coordination avec l'équipe du service d'hospitalisation concernant les informations dont le patient a besoin à sa sortie

## 7. Références et lectures complémentaires

### Références

1. **Dielseger P, et al.** Evaluation of antiemetic practices for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): results of a European oncology nurse survey. *Support Care Cancer* 2019 Feb 19.[Epub ahead of print].
2. **Hesketh PJ, et al.** <https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-chemotherapy-induced-nausea-and-vomiting-in-adults>. Accessed December 2018.
3. **NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.** National Comprehensive Cancer Network. Antiemesis. Version 1.2019 — February 28, 2019. <http://www.nccn.org>. Accessed March 2019.
4. **Clark-Snow R, et al.** Chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) and adherence to antiemetic guidelines: results of a survey of oncology nurses. *Support Care Cancer* 2018;26:557–64.
5. **Hesketh PJ.** Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *N Engl J Med* 2008;358:2482–94.
6. **Clark-Snow RA, et al.** Fixed combination antiemetic: a literature review on prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting using netupitant/palonosetron. *Clin J Oncol Nurs* 2018;22:E52–63.
7. **Aapro M.** CINV: still troubling patients after all these years. *Support Care Cancer* 2018;26(Suppl 1):5–9.
8. **Feyer P, et al.** Prophylactic management of radiation-induced nausea and vomiting. *Biomed Res Int* 2015;2015:893013.
9. **Rapoport BL.** Delayed chemotherapy-induced nausea and vomiting: pathogenesis, incidence and current management. *Front Pharmacol* 2017;8:19.
10. **Roila F, et al.** 2016 MASCC and ESMO guideline update for the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting and of nausea and vomiting in advanced cancer patients. *Ann Oncol* 2016;27(Suppl 5):v119–33.
11. **Ruhmann CH, et al.** 2016 updated MASCC/ESMO consensus recommendations: prevention of radiotherapy-induced nausea and vomiting. *Support Care Cancer* 2017;25:309-16.
12. **McCullough SW.** Chemotherapy-induced nausea and vomiting: roles of pharmacists and formulary decision makers. *Am J Manag Care* 2017;23(14 Suppl):S266–71.
13. **Schwartzberg L.** Getting it right the first time: recent progress in optimizing antiemetic usage. *Support Care Cancer* 2018;26(Suppl 1):19-27.

14. **Navari RM, et al.** Rolapitant for the prevention of nausea in patients receiving highly or moderately emetogenic chemotherapy. *Cancer Med* 2018;7:2943–50.
15. **Nakagaki M, et al.** A randomized trial of olanzapine versus palonosetron versus infused ondansetron for the treatment of breakthrough chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Support Care Cancer* 2017;25:607-13.
16. **Hesketh PJ, et al.** Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2017;35:3240-61
17. **Vidall C, et al.** Impact and management of chemotherapy/radiotherapy-induced nausea and vomiting and the perceptual gap between oncologists/oncology nurses and patients: a cross-sectional multinational survey. *Support Care Cancer* 2015;23:3297-305.

### Lectures complémentaires

**Aapro M.** Searching for perfection: further progress in management of chemotherapy-induced nausea and vomiting-introduction. *Support Care Cancer* 2018;26(Suppl 1):1-37.

**CINV Risk Assessment.** Available from: <http://www.riskcinv.org>.

**Dranitsaris G, et al.** The development of a prediction tool to identify cancer patients at high risk for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Ann Oncol* 2017;28:1260–7.

**Hesketh PJ, et al.** Preventing chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with lung cancer: efficacy of NEPA (netupitant-palonosetron), the first combination antiemetic. *Support Care Cancer* 2018;26:1151-9.

**Zhang L, et al.** A randomized phase III study evaluating the efficacy of single-dose NEPA, a fixed antiemetic combination of netupitant and palonosetron, versus an aprepitant regimen for prevention of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) in patients receiving highly emetogenic chemotherapy (HEC). *Ann Oncol* 2018;29:452-8.

**MASCC** – Multinational Association of Supportive Care in Cancer – [www.mascc.org](http://www.mascc.org)

**ESMO** – European Society for Medical Oncology – [www.esmo.org](http://www.esmo.org)

**NCCN** – National Comprehensive Cancer Network – [www.nccn.com](http://www.nccn.com)

**EONS** – European Oncology Nursing Society – [www.cancernurse.eu](http://www.cancernurse.eu)

Remarques

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

