

# « Médecine personnalisée ou personnaliser la prise en charge de la patiente ? »

**XVII<sup>es</sup> Journées de Sénologie Interactive**

18 et 19 Septembre 2014

**Marc SPIELMANN**

**Gustave Roussy Cancer Campus**

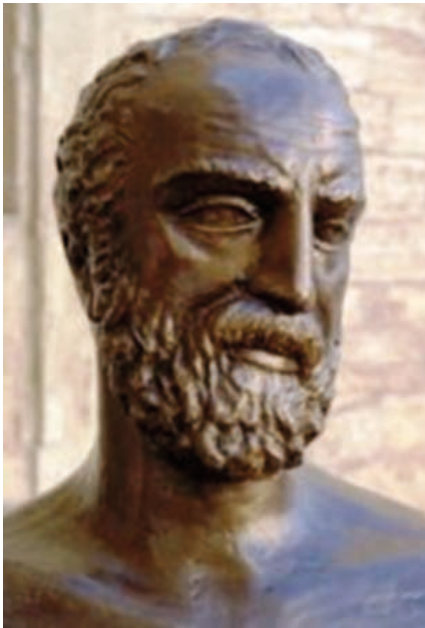
**Villejuif**



**Personnaliser: donner un caractère unique à quelque chose ou à un être**

- Décevoir, en exprimant des banalités ou des lieux communs .
- vous faire partager la connivence que nous avons depuis plus de trente-trois ans, entre « la patiente, le cancer et moi ».
- Longtemps que ma médecine est « personnalisée» et « le plat du jour » a fait place au «traitement à la carte».

Hippocrate personnalisait déjà ses traitements peu nombreux, en écoutant longuement les malades parler.



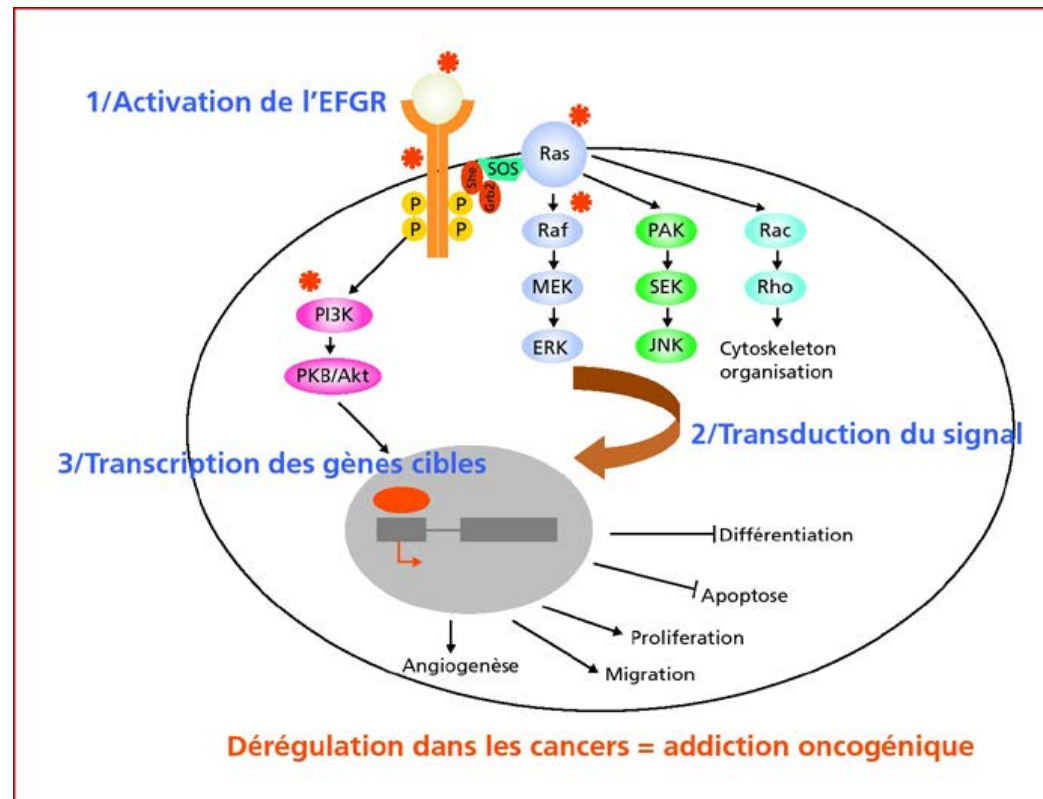
**OLIM COUS,  
NUNC MONSPELIENSIS  
HIPPOCRATES**



**Autrefois de Kos, Hippocrate  
est aujourd'hui Montpelliérain**

Hippocrate de Cos, devenu depuis 2010, Hippocrate de Montpellier (don du buste à la cité ayant la plus vieille université de médecine du monde)

**La médecine personnalisée** dont on parle tant aujourd'hui; en particulier, mes collègues oncologues médicaux est une **erreur de langage et de définition**, parfois même un **artifice marketing** de certains grands centres



- Au laboratoire, la médecine personnalisée se définit par la **recherche d'anomalies moléculaires** responsables de la cancérisation, et y opposer un traitement ciblé spécifique (si on en dispose) .

➔ des nombreuses anomalies +++

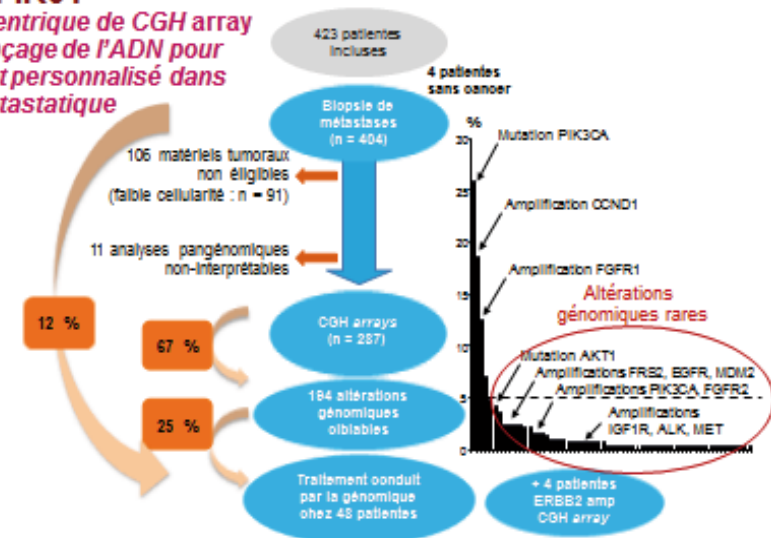
Les essais SAFIR 1 et 2 et MOSCATO sont basées sur cela

approche enthousiasmante mais chemin encore long ...

## MEDECINE PERSONNALISEE

27

### Étude SAFIR01 Essai multicentrique de CGH array et de séquençage de l'ADN pour un traitement personnalisé dans le cancer métastatique



ASCO® 2013 - D'après André F et al, abstr. 511 actualisé

## Science fiction ou réalité ?

- Séquençage complet du génome pour 1000 Euros et en quelques heures dans peu de temps.
- K du sein: minimum de 6 à 8 anomalies moléculaires (mutations, délétions de gènes ou des amplifications)
  - Cancer du sein: environ 40% de nos malades métastatiques pourraient entrer dans des essais de nouvelles drogues ciblées.
  - Mais ,atteindre une cible est insuffisant dans la grande majorité des cas, en dehors peut être de Her 2 (malades peut être guéries de métastases). Quelle est la mutation driver ?

# Le traitement adapté à la personne

La patiente, être humain unique, avec une âme, une personnalité, une famille, un travail, un milieu social et culturel.

Nous devons absolument en tenir compte pour Tt..



# Couple cancer/patiente: deux entités et deux analyses différentes

- 1. Au labo:** c'est la rencontre de la tumeur et des biopatologistes /chercheurs. C'est la caractérisation biologique des anomalies génétiques du cancer.
- 2. En consultation:** c'est la rencontre d'un être humain et du médecin, qui doit définir le traitement le plus adapté, à la patiente unique, assise en face de nous.



**Personnaliser le traitement.  
Est ce possible aujourd'hui avec nos  
incontournables RCP et Référentiels ???**

Les référentiels et les RCP (gardes fous) tendent à uniformiser nos pratiques médicales. Parfait dans 80% des cas.

Personnaliser: c'est ajouter une touche de bons sens à la RCP :

définir pour ce patient unique, le meilleur traitement ou plutôt le **moins mauvais**, qui pourra être **réellement et complètement réalisé**.

Les premières consultations sont des moments essentiels, pour dresser **le profil de la patiente** et décider de **l'écart possible et acceptable** entre référentiel et **ce qui peut être réalisé** sans compromettre trop ses chances de guérison

# Comment s'y pendre et y a-t-il une recette?

1. Regarder
2. Ecouter
3. Toucher
4. **Prendre le temps+++**
5. Aller pas à pas.....
6. Ne pas hésiter à **revoir** une seconde fois la patiente

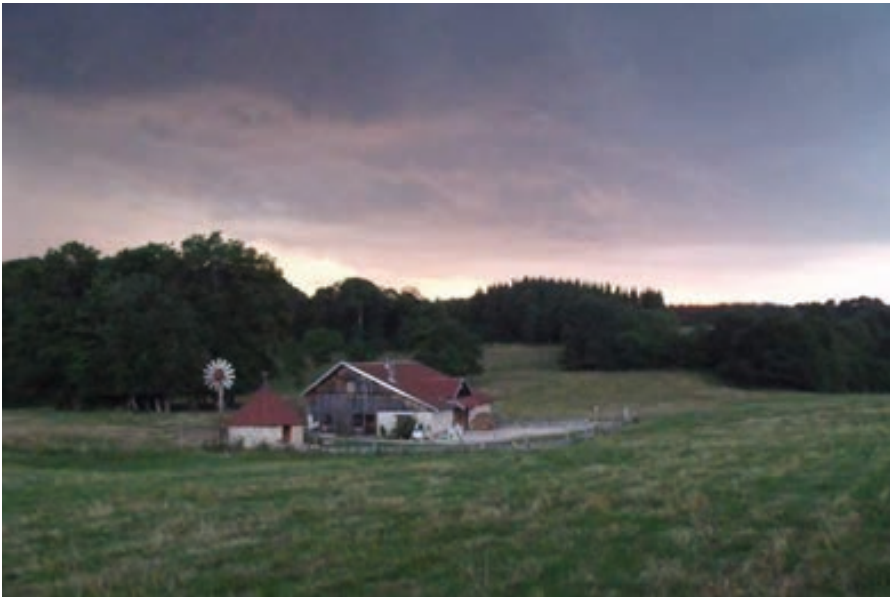


# EXEMPLES

d'une longue vie de consultant  
et d'adaptations thérapeutiques  
personnalisées

# Les problème d'accès au soins : Isolement géographique

- Offre de soins limitée dans certaines régions défavorisées
- Déplacements compliqués et fatigants: **se discute alors**
  - RT classique vs accélérée , en particulier personnes âgées.
  - CT par Taxol hebdomadaire difficile (CT per os peut être mieux)



# Niveau socio culturel: Précarité...

« Auteuil, Neuilly, Passy vs Bobigny »

- Priorités de vie : se nourrir, s'occuper des nombreux enfants, ou se soigner : si CT trop toxique ➡ arrêt probable
- Difficultés linguistiques: informations sur pronostic et traitement, à quoi sert le PPT et autres livrets d'information, aborder la contraception... si pas de traducteurs.



# Culture et ethnicité

- Certaines formes de spiritualité vont conduire au **fatalisme**. Acceptation de la mort.
- Problème de l'**intégrité du corps** (M.CA, alopecie) **place de la femme** dans certaines sociétés. Si chirurgie mutilante peur et difficulté a se marier ou a rester avec l' être aimé (religion ou ethnie)
- Croyance erronées
  - Rôle néfaste de la chirurgie



# Mais aussi:

vu il y a quelques jours

1. 44 ans, 3 N+, RH +, micro papillaire, dir Marketing, enfant autiste, équilibre récent.  
Priorités: tenir la famille, travail,  
« Attention à votre CT » sinon j'arrête....
2. Violoniste concertiste: pas de curage malgré N+ au Gs:  
car « le violon, c'est toute ma vie »
3. Nullipare de 32 ans, désir de grossesse: stimulation  
entre chirurgie et CT adjuvante, voire avant T néo  
adjuvante possible



# Différer un Traitement

- Projet de voyage, naissance ....
- on n'est pas à 8 jours pour débiter CT ou RT
  - « Mais MADAME, c'est le traitement que l'on fait ici »....
- Alors pourquoi, parfois reculer une chirurgie chez un Triple négatif par manque de place au bloc.



**Alors...**  
**REGARDER**



# ECOUTER...



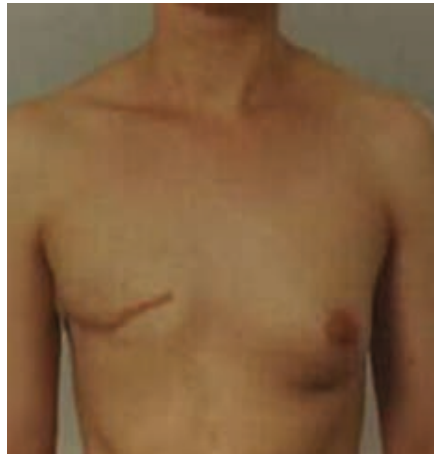
ECOUTER pour essayer de savoir ce qui est possible de faire pour cette patiente.



# ECOUTER avant de parler...



1. Le référentiel est le plus petit dénominateur commun.
2. La RCP, sans la patiente est sans aucun doute une erreur grave.
3. **Personnalisons**, car il est mieux de faire un traitement, **même un peu moins performant** que de voir partir la patiente dans les médecines parallèles.
  1. T.CA vs M.CA pour T.de 30 mm chez 85 B ... CCI 45 mm pour 100 D
  2. CT Taxol hebdo plutôt que Taxotère pour alopecie et autres toxicités.....





« TOUCHER » la patiente pour diminuer la barrière présente entre patient et médecin

Le Bureau de consultation peut être une frontière trop large dans le couple Médecin/  
Patiente



Aller pas à pas dans l'explication des  
traitements successifs:

Chir. → CT → RT → HT

Pourquoi parler d'une éventuelle **CT** post opératoire  
ou Ht alors que la patiente n'a pas intégrée l'acte  
opératoire,  
encore KO debout par l'annonce du cancer.....

## Personnaliser le traitement, c'est aussi lui donner confiance en elle

- Après discussion avec patiente, le médecin doit décider du traitement le plus adapté et dire:  
« Nous avons fait le bon choix, c'est le meilleur traitement dans votre cas »
- Trop lourd psychologiquement pour une patiente d'être obligée de faire seule, le choix du traitement:

Mieux que rien !!!:

1. T.CA alors que le médecin proposait M.CA pour CCI
2. ou bien une HT adjuvante alors que la RCP et le référentiel préconisait CT + HT

# En conclusion

1. Les progrès thérapeutiques passeront par une reconnaissance des anomalies moléculaires de la cellule tumorale **et je dis oui** à la médecine ciblée de Fabrice André
2. Mais, la médecine « **à visage humain** » reste essentielle, et nous devons continuer à peaufiner notre Tt en l'adaptant à la patiente devant nous.
3. Les cancers sont génétiquement différents, mais nos patientes aussi.

Personnaliser mon approche médicale restera mon attitude.

**Merci**