

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

XVII^{es} Journées de Sénologie Interactive

18 et 19 Septembre 2014

Marc SPIELMANN

Gustave Roussy Cancer Campus

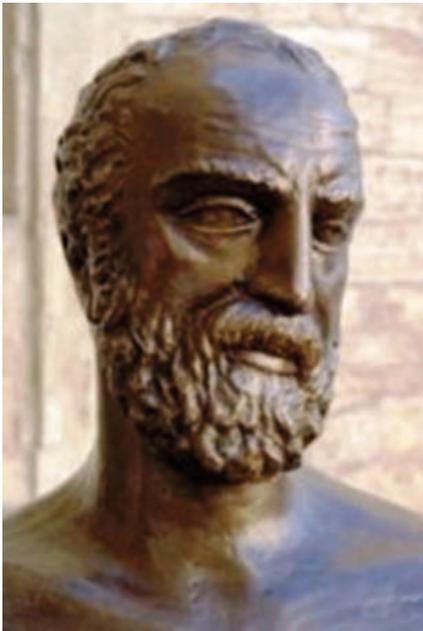
Villejuif



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.



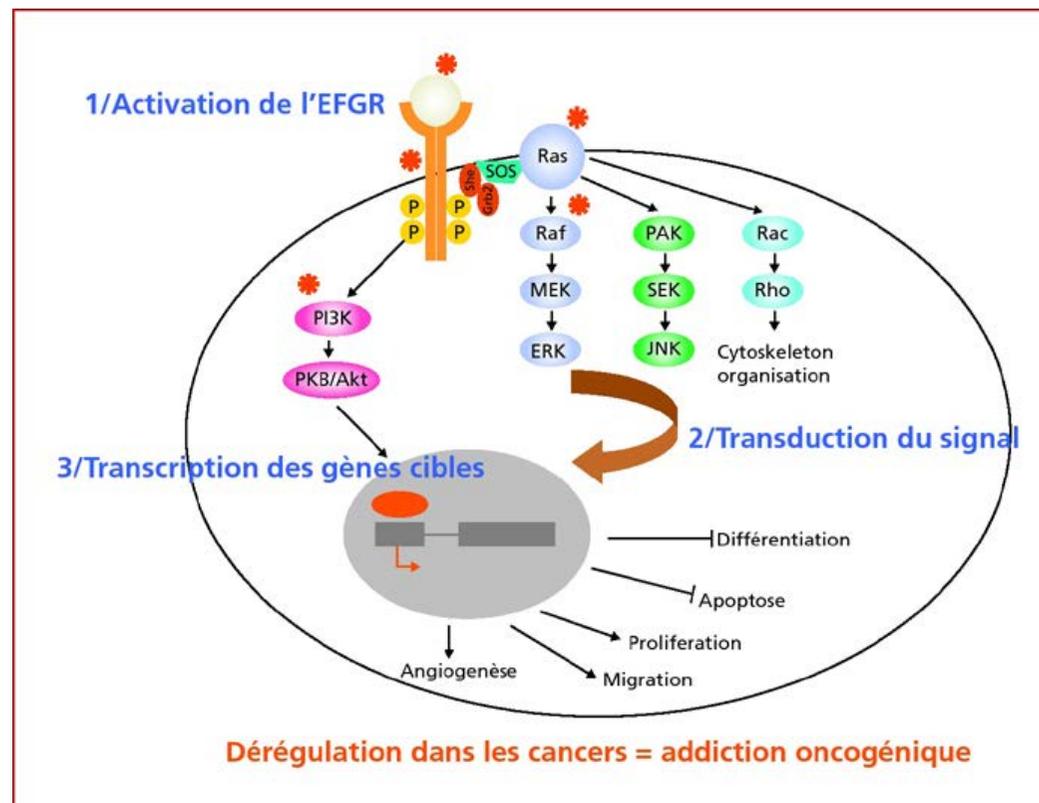
**OLIM COUS,
NUNC MONSPELIENSIS
HIPPOCRATES**



**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 +++

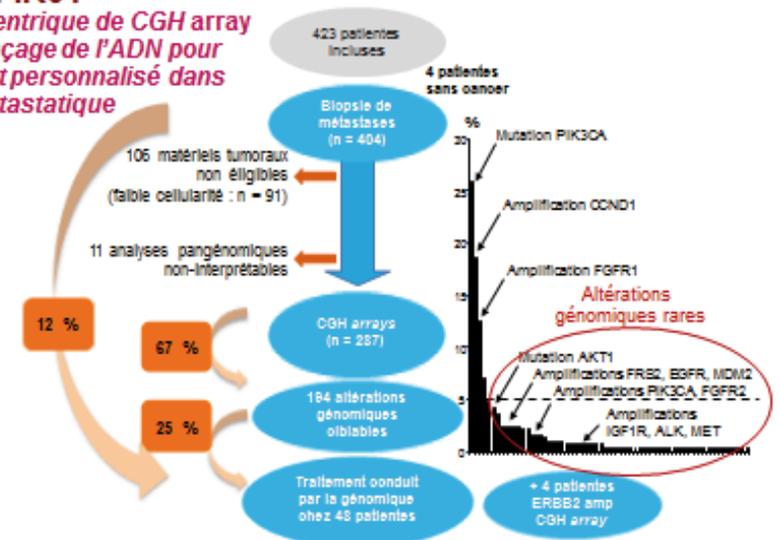
Les essais SAFIR 1 et 2 et MOSCATO sont basées sur cela

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

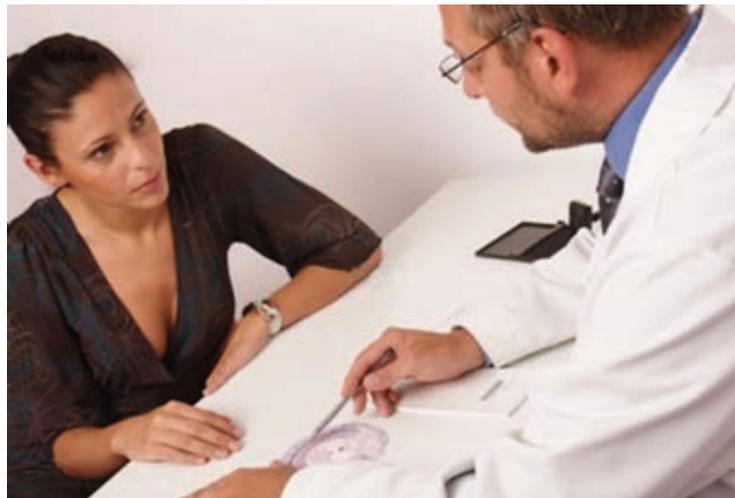
Science fiction ou réalité ?

- 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