



HAL
open science

Rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soin d'un patient diagnostiqué et suivi pour un cancer de la prostate

Clémentine Gaudin

► **To cite this version:**

Clémentine Gaudin. Rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soin d'un patient diagnostiqué et suivi pour un cancer de la prostate. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04256460

HAL Id: dumas-04256460

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04256460>

Submitted on 24 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

ANNEE 2022-2023

N°

THESE
pour le
DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par
Clémentine Gaudin

Présentée et soutenue publiquement le 26 Juin 2023

Rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soin d'un patient diagnostiqué et suivi pour un cancer de la prostate.

Président : Pr. Jean-Michel Robert, Professeur, Université de Nantes.

Directeur : Dr. Marc-Antoine Bazin, Maître de Conférences, Université de Nantes.

Membre du jury : Dr. Julien Le Forestier, Pharmacien d'officine, Aigrefeuille-sur-Maine.

Remerciements

Aux membres du jury,

A Mr Robert Jean-Michel d'avoir accepté de présider cette thèse.

A Mr Bazin Marc-Antoine, pour m'avoir accompagné dans l'écriture de cette thèse. Merci pour votre disponibilité et votre soutien.

A Mr Le Forestier Julien, pour m'avoir accueillie et formée durant mon stage de 6^{ème} année. Merci d'avoir pris le temps de me transmettre toutes ces connaissances et de m'avoir transmis la passion de ce beau métier.

A mes rencontres professionnelles,

A toute l'équipe de la pharmacie Le Forestier, Axelle, Catherine, Cécile, Enola, Hedwige, Jules, Julie, Katel, pour m'avoir accompagné dans mon apprentissage. Merci pour votre bonne humeur et les bons moments passés ensemble.

A la pharmacie de Chambéry, Aurore, Carole, Charlotte, Eva, Laurence, Naïla et Stéphanie, pour cette belle année passée à vos côtés à Bordeaux.

A toute l'équipe de la pharmacie St Hilaire, merci de rendre ma vie parisienne plus agréable et de me faire confiance.

A mes amis,

A ma binôme, Anne-Louise, qui a rendu ces 6 années d'études incroyables. Merci d'être une amie en or, merci pour le soutien durant toutes années, merci pour tous les bons moments et ceux à venir.

A Caillou et Jul, depuis le premier jour dans le groupe A, et à Sisi et Maria, merci à vous 4 cette belle amitié.

A mes amis rencontrés pendant ces 6 années, Amélie, Ben, Chachou, Josh, Margotte, Marie, Nico, Rayan, Valou, merci pour tous ces souvenirs qui resteront gravés à jamais.

A mes amis de toujours, Anaïs, Axelle, Charline, Clara, Emma, Florine, Héloïse, Loïs, Marie, Romane, merci de m'avoir accompagné durant toutes ces années, merci d'être des piliers dans ma vie.

A ma famille,

A mon Papa, ma Maman et mon frère, merci de m'avoir soutenue tout au long de mes études même si vous ne saviez pas toujours ce que je faisais. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir supporté, et d'avoir tout fait pour que je réussisse. Je vous aime.

A Maman, je sais que tu serais fière de moi aujourd'hui, je me servais de cette force que tu m'as transmise pour bien faire mon métier. Merci d'avoir été une super maman.

A toute ma famille, merci pour votre soutien et votre amour depuis toujours.

A toi Clément,

Merci de m'avoir remotivé pour écrire cette thèse, et de m'avoir apporté ton aide pendant toute la rédaction. Merci de croire en moi et de me soutenir dans chacun de mes projets. Merci de partager ma vie depuis maintenant 5 ans, et ce n'est que le début de pleins de belles aventures ensemble. Je suis fière de toi, je t'aime.

1 Table des matières

Remerciements	3
LISTE DES ANNEXES	7
LISTE DES ILLUSTRATIONS	8
LISTE DES TABLEAUX	9
LISTE DES ABREVIATIONS	10
INTRODUCTION	12
1 PARTIE 1 : LA PROSTATE.....	13
1.1 La prostate.....	13
1.1.1 Anatomie	13
1.1.2 Histologie.....	15
1.1.3 Physiologie	16
1.2 Le cancer de la prostate.....	17
1.2.1 Généralités sur la pathologie	17
1.2.1.1 Epidémiologie du cancer de la prostate en France	17
1.2.1.2 Facteurs de risques.....	18
1.2.1.3 Physiopathologie	20
1.2.1.4 Symptômes.....	21
1.2.2 Diagnostic du cancer de la prostate et information au patient	21
1.2.2.1 Diagnostic	21
1.2.2.2 Problématique d'un dépistage précoce	24
1.2.2.3 Réalisation d'une brochure explicative sur le dépistage à destination du pharmacien d'officine 25	
1.2.2.4 Détermination du stade de la maladie	27
2 PARTIE 2 : STRATEGIES THERAPEUTIQUES.....	29
2.1 Stratégie thérapeutique en fonction du stade	29
2.2 Arsenal thérapeutique.....	31
2.2.1 Surveillance active/Abstention surveillance	31
2.2.2 Chirurgie.....	31
2.2.3 Radiothérapie	32
2.2.4 Suppression androgénique.....	33
2.2.4.1 Analogues de la LH-RH :.....	35
2.2.4.2 Anti androgènes :	36
2.2.5 Hormonothérapies de nouvelle génération	37
2.2.6 Chimiothérapie.....	40
2.2.7 Médicaments ciblant l'os	41
2.2.8 Immunothérapie	42
2.2.9 Inhibiteurs de PARP.....	44

3	PARTIE 3 : ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE PARCOURS DE SOIN DU PATIENT : PARALLELE VILLE-HOPITAL.....	46
3.1	Annonce.....	46
3.2	Traitements	50
3.2.1	Traitements à l'hôpital	50
3.2.2	Traitements en ville.....	58
3.3	Après cancer	59
3.4	Accompagnement de l'entourage	60
3.5	Echanges entre ville et hôpital	61
4	PARTIE 4 : EDUCATION THERAPEUTIQUE A L'OFFICINE : ZOOM SUR LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES	62
4.1	Entretiens pharmaceutiques en oncologie.....	62
4.1.1	Avenant n°21 à la convention nationale pharmaceutique.....	62
4.1.2	Premier entretien : recueil des informations	63
4.1.3	Deuxième entretien	65
4.1.4	Troisième entretien.....	67
4.2	Entretiens pharmaceutiques dans le cancer de la prostate	69
4.2.1	Référentiel de compétences pour le patient	70
4.2.2	Conducteur de séance.....	71
4.2.2.1	Premier entretien	71
4.2.2.2	Deuxième entretien.....	76
4.2.2.3	Troisième entretien	82
4.2.2.4	Education de l'aidant.....	85
4.2.3	Compte rendu	86
4.2.4	Modalité d'évaluation des séances	87
5	CONCLUSION.....	89
6	ANNEXES	90
7	BIBLIOGRAPHIE	124

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Test de Fagerström

Annexe 2 : Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien pour les entretiens pharmaceutiques

Annexe 3 : Entretien initial exemple du Zytiga®

Annexe 4 : Entretien vie quotidienne (exemple du Zytiga®)

Annexe 5 : Questionnaire de GIRERD

Annexe 6 : exemple carte COMETE

Annexe 7 : Plan de prise vierge

Annexe 8 : Fiches OMEDIT à destination du pharmacien (Exemple du Zytiga®)

Annexe 9 : Cartes effets indésirables à découper

Annexe 10 : Fiches ReCAP

Annexe 11 : Fiche OMEDIT patient

Annexe 12 : Compte rendu 1^{er} entretien

Annexe 13 : Compte rendu 2^{ème} entretien

Annexe 14 : Compte rendu 3^{ème} entretien

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : L'appareil génital masculin

Figure 2 : Anatomie de la prostate selon Mc Neal

Figure 3 : Taux d'incidence et de mortalité (Taux standardisé Monde = TSM) en France selon l'année

Figure 4 : Taux d'incidence et de mortalité selon la classe d'âge en France en 2015

Figure 5 : Mécanisme de prolifération des cellules cancéreuses prostatiques

Figure 6 : Arbre décisionnel diagnostique CaP

Figure 7 : Brochure information dépistage pour le pharmacien d'officine

Figure 8 : Classification TNM du cancer de la prostate

Figure 9 : Différents grades du score de Gleason

Figure 10 : Arbre décisionnel traitement du CaP

Figure 11 : La prostatectomie totale

Figure 12 : Fonctionnement axe gonadotrope hypothalamo-hypophysaire

Figure 13 : Mécanisme d'action des analogues LHRH

Figure 14 : Schéma de la synthèse des androgènes

Figure 15 : Mécanismes d'action des médicaments ciblant l'os

Figure 16 : Mécanisme d'action sipuleucel-T

Figure 17 : Arsenal thérapeutique dans le cancer de la prostate

Figure 18 : Infographie temps de l'annonce

Figure 19 : Exemple d'une ordonnance de traitements anti-douleur après une prostatectomie

Figure 20 : Exemple d'ordonnance prévention thrombo-embolique

Figure 21 : Prise de mesure bas de contention

Figure 22 : Exemple d'ordonnance pour accompagnement d'une chimiothérapie

Figure 23 : Infographie temps des traitements hospitaliers

Figure 24 : Infographie temps des traitements en ville

Figure 25 : Infographie « Après cancer »

Figure 26 : Planche de carte à découper

Figure 27 : Exemple de cartes effets indésirables

Figure 28 : Principes de base d'une alimentation variée et équilibrée issu des fiches ReCaP à destination du patient

Figure 29 : Exemple d'une représentation d'un repas décrit par un patient

Figure 30 : Conduite à tenir pour améliorer l'observance du patient

Figure 31 : Questionnaire d'évaluation

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Référentiel de compétences pour un patient traité par anticancéreux oraux pour cancer de la prostate

Tableau 2 : Conduite à tenir en cas d'oubli de prise

Tableau 3 : Plan de prise

LISTE DES ABREVIATIONS

ACO : Anticancéreux oraux

AFU : Agence Française d'Urologie

ALD : Affection de longue durée

AR : Récepteurs aux androgènes

CaP : Cancer de la prostate

CR : Compte rendu

DASRI : Déchets d'activités de soins à risques infectieux

DHT : Dihydrotestostérone

ECBU : Examen cytbactériologique des urines

ERSPG : European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer

ETP : Education thérapeutique du patient

GnRH : Gonadotropin-releasing Hormone

HAS : Haute autorité de santé

HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate

Hk2 : Human kalicrine 2

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

IRM : Imagerie par résonance magnétique

ISUP : International Society of Uro-Pathology

IV : Intraveineuse

LHRH : Luteinizing Hormone Releasing Hormone

OMEDIT : Observatoire du MÉdicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAP : Phosphatases acides prostatiques

PLCO : Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening

PPS : Programme Personnalisé de Soins

PSA : Prostate Specific Antigen

PSMA : Prostate-specific membrane antigen

PT : Prostatectomie totale

RCP : Réunion Concertation Pluridisciplinaire

SA : Surveillance active

SAd : Suppression androgénique

TR : Toucher rectal

INTRODUCTION

Les cancers sont la première cause de décès en France. Avec les progrès scientifiques, de nouvelles solutions thérapeutiques sont proposées et les patients vivent plus longtemps. Le système de santé français évolue donc dans la prise en charge de ces patients. En effet, ces dernières années, le développement des anticancéreux oraux et l'augmentation des prises en charge en ambulatoire placent les professionnels de santé de ville au cœur de cette nouvelle organisation. Ces évolutions doivent être accompagnées d'une nouvelle organisation et d'une actualisation des connaissances des professionnels de ville. Un lien fort entre ces professionnels et ceux de l'hôpital est alors nécessaire pour une prise en charge optimale des patients.

De plus, face à la difficulté d'accès aux professionnels de santé, le pharmacien est un interlocuteur de choix pour les patients de par son accessibilité et ses connaissances. Devant l'utilisation grandissante des anticancéreux oraux, le pharmacien a un rôle important à jouer pour la prise en charge des patients atteints de cancer. L'avenant 21 à la convention pharmaceutique lui confère une nouvelle mission : l'éducation thérapeutique en oncologie. Ces nouvelles missions nécessitent d'être formés et de remettre à jour régulièrement ses connaissances. Cependant, le côté chronophage de ces entretiens empêche parfois leur mise en place.

Dans ce manuscrit, nous décrivons tout d'abord quelques généralités sur le cancer de la prostate puis dans un second temps l'étendue de l'arsenal thérapeutique. Dans une troisième partie, nous aborderons le rôle du pharmacien d'officine dans le parcours d'un patient atteint de cancer de la prostate, et nous axerons la dernière partie sur les entretiens pharmaceutiques destinés à ces patients.

1 PARTIE 1 : LA PROSTATE

1.1 La prostate

1.1.1 Anatomie

La prostate est une glande exocrine, en forme de châtaigne, située entre les voies génitales et urinaires chez l'homme (Figure 1). Elle est située sous la vessie, en avant du rectum et est traversée par l'urètre, c'est l'élément central de l'appareil urinaire masculin. Chez l'adulte elle pèse environ 20g. Le modèle anatomique actuelle est celui décrit par McNeal et al. en 1968. (1) La prostate est composée d'une base qui est la partie supérieure, en contact avec le col vésical et de la partie inférieure appelée l'apex qui repose sur le plancher pelvien.

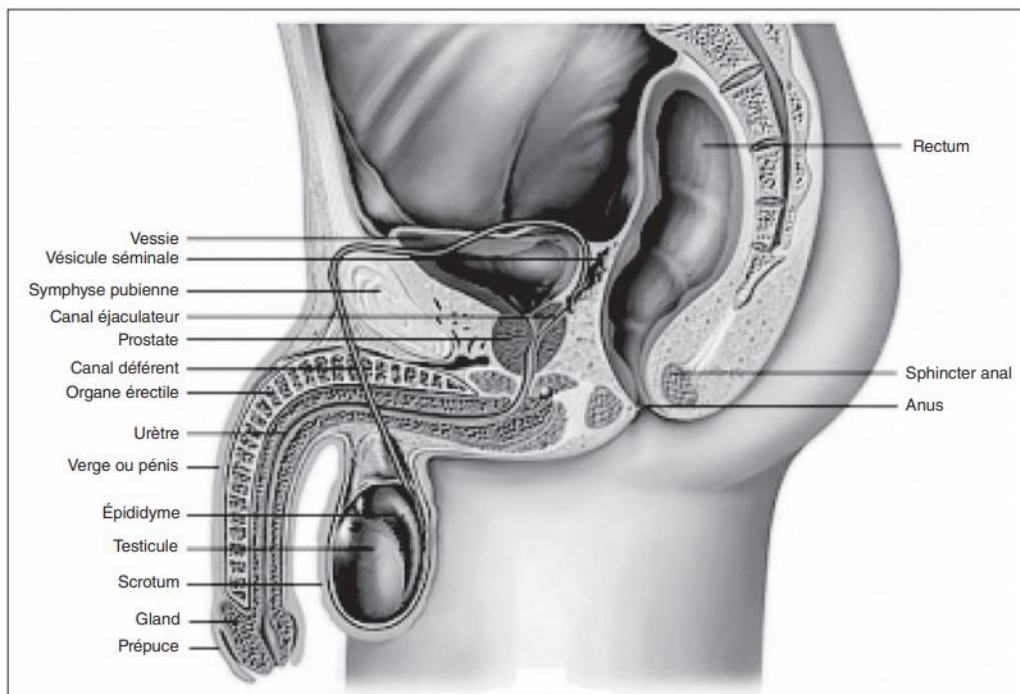


Figure 1 : L'appareil génital masculin. (2)

Autour de cet organe se trouvent les axes vasculaires et nerveux nécessaires à l'activité sexuelle masculine. C'est principalement l'artère iliaque qui assure la vascularisation de la prostate par l'artère vésicale inférieure qui donnent ensuite les artères pudendales qui vont, elles, vasculariser le corps érectile du pénis.

La classification de Mc Neal permet de définir les différentes zones sur la prostate : la zone périphérique, de transition, centrale et fibro-musculaire (Figure 2). Pour définir cette classification, Mc Neal s'est basé sur les origines embryonnaires de celles-ci, elles permettent de distinguer leur composition mais également leur susceptibilité au développement de certaines pathologies. La prostate est composée majoritairement de tissu glandulaire ainsi que de fibres musculaires lisses, qui sont répartis différemment en fonction de chaque zone. (2)

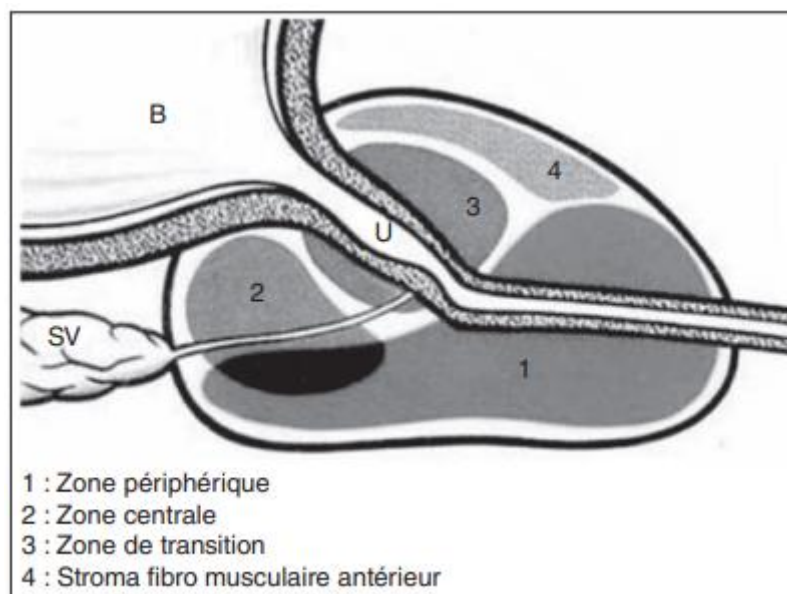


Figure 2 : Anatomie de la prostate selon Mc Neal (2)

La zone périphérique représente environ 70% de la masse glandulaire de la prostate. Elle constitue la majorité de l'apex prostatique et est donc la zone la plus proche du rectum. Grâce à sa localisation elle est donc facilement palpable au toucher rectal. De plus, c'est dans la zone périphérique que la majorité des cancers de la prostate (CaP) se développe.

La zone de transition est répartie en 2 lobes, elle entoure l'urètre qui traverse la prostate. Elle constitue une faible partie du tissu glandulaire prostatique (3%). C'est cette zone qui peut augmenter avec l'âge pour devenir la partie majoritaire, dans ce cas on parle d'hypertrophie bénigne de la prostate.

En arrière de cette zone on retrouve la zone centrale, elle entoure les canaux éjaculateurs, qui relient les vésicules séminales à l'urètre. Elle représente 25% du tissu glandulaire prostatique.

Enfin la zone fibro-musculaire dans laquelle on ne retrouve pas de tissu glandulaire, elle est exclusivement composée de fibres musculaires lisses et striées.

Une pseudo capsule recouvre la majorité de la prostate. La couche interne de la capsule de la prostate est composée muscle lisse avec une couche externe de collagène. (2)

1.1.2 Histologie

La prostate est composée d'un épithélium glandulaire et d'un stroma fibromusculaire. Ce sont des acinis et des canaux dans lesquels on retrouve quatre types de cellules : épithéliales, neuroendocrines, intermédiaires et basales.

Les cellules épithéliales bordent les canaux prostatiques et ont un rôle dans la sécrétion des éléments du liquide séminal. Lors de l'analyse des cellules épithéliales, on observe qu'elles sont riches en PSA (Prostate Specific Antigen) et en PAP (phosphatases acides prostatiques), des protéines permettant de donner au sperme sa consistance. Elles sont dépendantes de l'action des stéroïdes sexuels pour leur différenciation, leur activité ainsi que leur apoptose.

Les cellules neuroendocrines sont présentes dans la glande prostatique mais également dans l'épithélium de l'urètre prostatique. Elles sont importantes car elles participent à la croissance de l'épithélium glandulaire via leurs sécrétions.

Entre les cellules épithéliales différenciées et les cellules basales on retrouve les cellules intermédiaires qui sont en cours de différenciation et de croissance. Les cellules basales sont une réserve qui permet de régénérer l'épithélium prostatique, elles sont petites et sécrètent peu de PAP ou PSA. Elles sont principalement sensibles aux estrogènes.

Le stroma lui est constitué de cellules musculaires lisses, de fibroblastes, de matrice extracellulaire ainsi que de vaisseaux et nerfs. La matrice extracellulaire permet l'apport des facteurs de croissances à l'épithélium. On observe une constante communication entre le stroma et l'épithélium glandulaire sous l'influence des androgènes. (3)

1.1.3 Physiologie

La prostate est au cœur de l'activité sexuelle et urinaire chez l'homme. Cette glande a un rôle majeur dans le métabolisme des hormones sexuelles, dans l'élaboration du sperme, ainsi que dans l'éjaculation.

La testostérone apportée par les vaisseaux diffuse dans les cellules prostatiques et est convertie en DHT (dihydrotestostérone) par une enzyme, la 5 α -réductase. La DHT vient se fixer sur les récepteurs aux androgènes et les activer, ce qui entraîne une migration du récepteur au niveau du noyau et agit comme un facteur de transcription. Cela provoque une activation ou une répression des gènes ayant pour rôle la sécrétion de PSA, de PAP, de facteurs de croissance ainsi que de cytokines. Les facteurs de croissance ainsi que les cytokines produites par les cellules prostatiques sont ensuite utilisés par les cellules pour leur propre fonctionnement mais aussi pour le fonctionnement des cellules adjacentes et sont également transportés via le sang. D'autres mécanismes moléculaires influenceraient l'homéostasie prostatique, mais ils sont encore mal connus. Les estrogènes par exemple modifieraient l'action de la DHT et du récepteur aux androgènes sur l'ADN. (3)

Les sécrétions prostatiques protéiques et non protéiques participent à la formation du sperme. On retrouve dans les sécrétions protéiques plus d'une centaine de protéines différentes. Dans les principales on retrouve :

- le PSA, qui est présent dans le sperme et le sang et qui est utilisé comme marqueur dans le suivi du cancer du CaP,
- La hK2 (Human kalicrine 2), qui ressemble au PSA, et qui pourrait être un marqueur important du CaP,
- Les transglutaminases et séménogélines qui donnent au sperme sa consistance,
- le PSMA et le PAP dont les rôles sont encore mal connus.

Tous ces biomarqueurs sont étudiés dans le diagnostic ainsi que le suivi du CaP. Les sécrétions non protéiques correspondent à l'acide citrique, le fructose, les prostaglandines et le zinc. Ces éléments permettent aux spermatozoïdes d'avoir une mobilité suffisante et de résister à l'environnement acide du vagin. (3)

La prostate joue aussi un rôle dans la miction de par sa proximité avec la vessie qui influe sur l'activité urinaire de l'homme. En fonction de la contraction des fibres musculaires lisses et striées de la prostate, le débit urinaire sera plus ou moins ralenti. De plus, la taille de la prostate influencera également la miction. En effet avec l'âge le volume de la prostate a tendance à augmenter et donc à entraîner des gênes au niveau de l'écoulement urinaire.

Elle participe également à l'éjaculation en se contractant au début de celle-ci. Elle permet avec les canaux déférents et les vésicules séminales d'amener le sperme vers la base de l'urètre qui sera ensuite expulsé. (4)

1.2 Le cancer de la prostate

1.2.1 Généralités sur la pathologie

1.2.1.1 Epidémiologie du cancer de la prostate en France

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme, environ 50 430 nouveaux cas en 2015 en France. En termes de mortalité, il se situe à la troisième place avec environ 8 115 décès en 2015. Il représente à lui seul 25% des cancers masculins. De 1990 à 2005, on a observé une augmentation de l'incidence de celui-ci, notamment grâce aux nouvelles méthodes de diagnostics (Figure 3). Depuis 2005 on observe une diminution de l'incidence et de la mortalité de ce cancer en France métropolitaine (5)

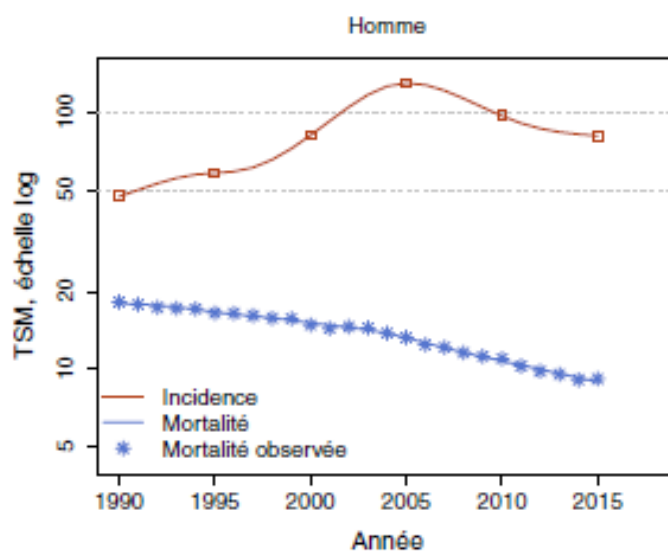


Figure 3 : Taux d'incidence et de mortalité (Taux standardisé Monde = TSM) en France selon l'année (5)

En 2015, l'incidence du cancer de la prostate était nulle chez les patients de moins de 45 ans et augmente rapidement pour atteindre son maximum chez les hommes âgés de 70 à 74 ans (Figure 4). La mortalité quant à elle, augmente de façon exponentielle avec l'âge à partir de 60 ans. (5)

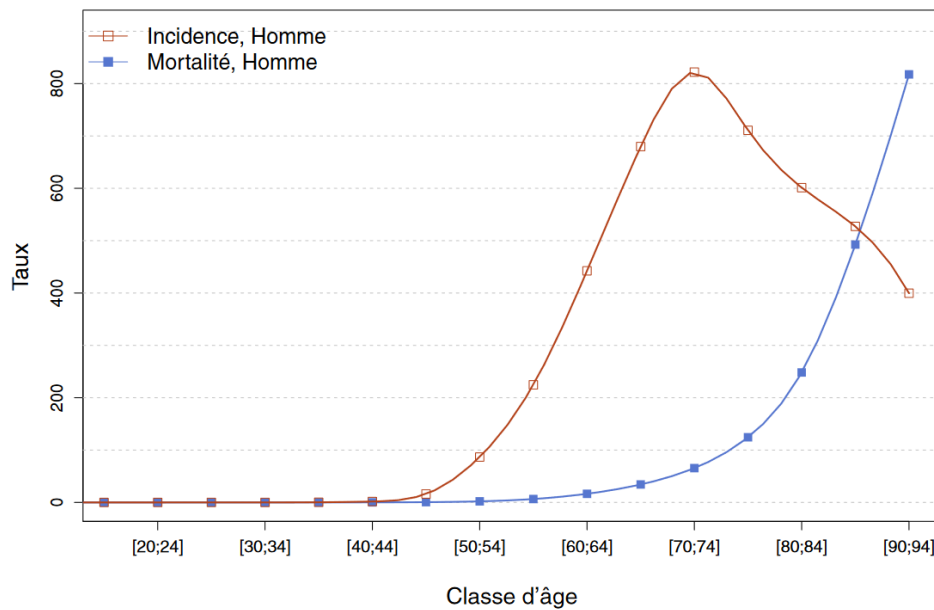


Figure 4 : Taux d'incidence et de mortalité selon la classe d'âge en France en 2015 (5)

Le cancer de la prostate est le cancer pour lequel l'augmentation de la survie est la plus importante. La survie brute (toutes les causes de décès sont prises en compte) 5 à 10 ans après le diagnostic est de 44%. La survie nette 5 à 10 ans après le diagnostic est de 70 %. (6)

1.2.1.2 Facteurs de risques

Le CaP possède des facteurs de risques avérés comme l'âge, les antécédents familiaux, l'origine ethnique, ainsi que les poids, la taille et l'obésité.

Le facteur de risque principal est l'âge. En effet, seulement 1 homme sur 8 développera un cancer de la prostate avant 75 ans.

Il existe également des formes héréditaires de cancer de la prostate qui correspondraient à 5 à 10% de ceux-ci.

D'après la HAS, « un cancer de la prostate est considéré comme héréditaire lorsque :

- Au moins 3 cas ont été identifiés chez des apparentés du 1^{er} degré,
- Ou au moins 3 cas ont été identifiés chez des apparentés du 2^{ème} degré du côté maternel,
- Ou 2 apparentés (quel que soit leur degré de parenté) ayant eu un cancer de la prostate identifié avant l'âge de 55 ans. » (4)

Dans ce cas deux mutations génétiques principales sont associées, HOXB13 et BRCA2 (aussi impliqué dans les cancers du sein et de l'ovaire chez la femme). Les formes héréditaires se déclareraient plus précocement que les formes sporadiques. (7)

Des facteurs ethniques interviennent également. L'incidence du CaP varie en fonction de l'origine des patients. Chez les hommes originaires du continent africain ou des Antilles, l'incidence est supérieure à la moyenne mondiale. (8) Des facteurs socio-économiques et environnementaux rentrent également en jeu dans ces facteurs ethniques. Aux Antilles par exemple, l'incidence est bien supérieure à l'incidence en France métropolitaine, l'exposition à la chlordécone, un pesticide utilisé dans les bananeraies, est probablement la cause de cette disparité.

En 2018, l'actualisation de l'étude menée par le World Cancer Research Found et l'American Institute for Cancer Research montre l'association entre un indice de masse corporelle (IMC) élevé et une augmentation du risque de cancer de la prostate au stade avancé. (7) De plus d'autres études montrent qu'un syndrome métabolique caractérisé par un tour de taille élevé et une hypertension artérielle est également un facteur de risque de CaP. (9)

Certains autres facteurs de risques nutritionnels, infectieux, environnementaux, sont suspectés d'avoir un impact sur la survenue de ce cancer mais aujourd'hui aucune étude ne prouve cet impact. D'un point de vue nutritionnel, la consommation de produits laitiers à forte teneur en matière grasse, de calcium en quantité supérieure aux recommandations, d'alcool, de viande rouge augmenterait le risque de développer un CaP. Les expositions environnementales ou professionnelles à l'arsenic, le cadmium et à certains pesticides ou perturbateurs endocriniens, sont également suspectés d'augmenter le risque de CaP. (7)

1.2.1.3 Physiopathologie

La plupart des CaP sont des adénocarcinomes prostatiques, cependant il existe également des formes plus rares comme les carcinomes à petites cellules. Les cellules cancéreuses de la prostate se développent dans l'épithélium glandulaire au niveau des cellules basales puis envahissent le stroma, cependant l'origine exacte des cellules cancéreuses prostatiques est encore mal connue. La principale mutation induisant un CaP est celle du gène de fusion TPRSS2-ERG qui entraîne un déséquilibre cellulaire et entraîne une accumulation de mutations au sein de la cellule. Les cellules mutées vont donc proliférer au niveau basal et finir par se disséminer en gagnant l'épithélium jusqu'aux cellules luminales et le stroma, elles vont être transportées par voie sanguine et ensuite développer des métastases (Figure 5). Ces métastases se développent principalement au niveau des os et des ganglions lymphatiques.

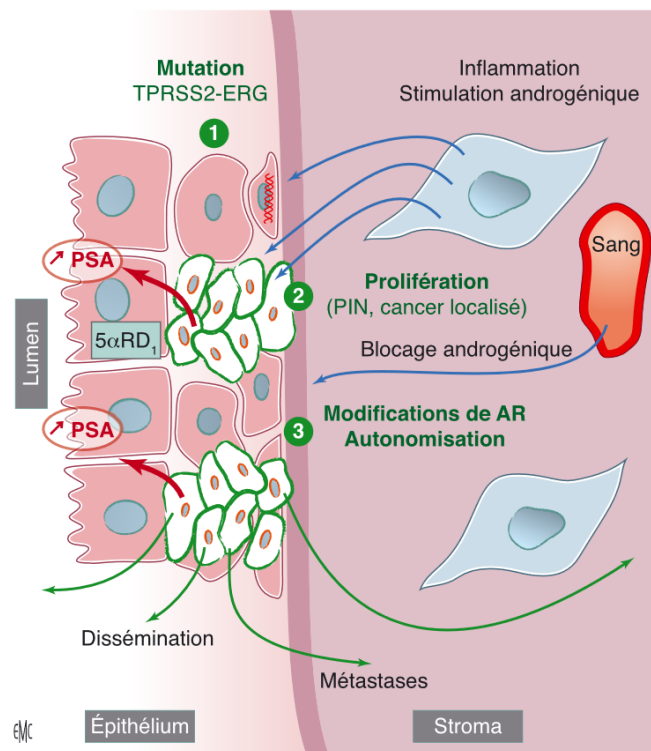


Figure 5 : Mécanisme de prolifération des cellules cancéreuses prostatiques (3)

Le métabolisme des androgènes a également un rôle dans le développement et la progression du CaP. On observe lors d'une altération du métabolisme des androgènes que le CaP ne peut pas se développer. Par exemple en présence d'une mutation de la 5- α réductase, cela entraîne un blocage du métabolisme des androgènes et protège de l'apparition du CaP. C'est la raison pour laquelle les androgènes sont une cible efficace dans le traitement du CaP. L'expression

de la 5 α -réductase augmente avec l'évolution du CaP, ce qui entraîne une augmentation de la DHT et participe à la progression de la tumeur.

Comme la 5 α -réductase, le récepteur aux androgènes (AR) est surexprimé à tous les stades de la maladie. Au cours de la maladie, des modifications du fonctionnement de l'AR et de ses activateurs entraînent un passage d'un CaP hormono-dépendant à un CaP hormono-indépendant. (3)

1.2.1.4 Symptômes

La symptomatologie du cancer de la prostate n'est pas bien définie puisqu'au début de la maladie la plupart des hommes ne présentent aucun symptôme. On peut voir apparaître des troubles urinaires mais qui sont souvent dus à une hypertrophie bénigne de la prostate liée à l'âge des patients. (10)

C'est lorsque le CaP évolue que l'on voit apparaître des symptômes plus caractéristiques tels que les troubles mictionnels : pollakiurie, dysurie, rétention urinaire, brûlures mictionnelles, hématurie. Des douleurs peuvent également apparaître au moment de l'éjaculation ou des troubles de l'érection ainsi qu'une hémospémie.

Certains symptômes sont également dus à la présence de métastases, comme lors de la présence de douleurs osseuses associées parfois à une asthénie importante pouvant être évocatrices du CaP. (4)

1.2.2 Diagnostic du cancer de la prostate et information au patient

1.2.2.1 Diagnostic

Le diagnostic de cancer de la prostate se fait en plusieurs étapes. La première étant le toucher rectal (TR). En effet il permet de détecter une éventuelle anomalie, et d'apprécier la taille de la prostate et sa consistance. Lors de la suspicion d'une anomalie au TR, une biopsie est alors réalisée. Dans 15% des cas un cancer est détecté grâce au TR sans qu'il n'y ait d'élévation du taux de PSA au bilan biologique.

Cependant l'absence d'anomalie au TR n'exclut pas la présence d'un cancer. Cette méthode reste insuffisante ; toutes les tumeurs prostatiques ne se situant pas dans des zones accessibles au TR, la seule zone accessible étant la zone périphérique. Il faut également que la tumeur ait déjà une taille importante pour qu'elle soit décelable. De plus la fiabilité dépend de l'opérateur pratiquant l'acte. (11)

La deuxième méthode de diagnostic utilisée est le dosage du PSA. Le PSA est une protéine fabriquée exclusivement par les cellules épithéliales de la prostate. Chez l'homme de plus de 50 ans, le taux normal de PSA dans le sérum est inférieur à 4 ng/mL. Une augmentation du PSA sérique peut être observée dans les cancers de la prostate, cependant il peut également être augmenté lors d'HBP (Hypertrophie Bénigne de la Prostate), ou de prostatites aiguës, ce n'est donc pas spécifique d'un cancer de la prostate. De plus, une augmentation naturelle du PSA sérique est aussi observée avec l'âge. Le dosage du PSA se fait avec une prise de sang. Le dosage de PSA sérique total peut être réalisé avec différentes techniques : radio-immunologie, chimioluminescence, immuno-enzymologie ou immuno-enzymofluorescence, qui peuvent donner des résultats variant de 15 à 20%. (4) Les taux de PSA ne peuvent donc pas être comparés entre les différentes techniques, le résultat doit toujours être interprété en fonction du standard de la méthode réalisée. Une IRM peut également être réalisée, elle permettra de définir la mesure exacte du volume prostatique. (12)

Pour confirmer le diagnostic de cancer de la prostate, une biopsie est nécessaire dans tous les cas (Figure 6). Cet examen est réalisé sous anesthésie locale par un urologue, et vise à introduire une aiguille de prélèvement au niveau de la prostate en passant par le rectum. Une douzaine d'échantillons sont prélevés à différents endroits de la prostate. Lors des prélèvements l'urologue est guidé par une sonde échographique. Ces fragments sont ensuite analysés au microscope pour rechercher d'éventuelles cellules cancéreuses. Si la biopsie se révèle négative, on met en place un suivi régulier (nouveau dosage de PSA ou nouvelle biopsie). Si elle est positive, le diagnostic de cancer de la prostate est confirmé. Ensuite l'urologue cherchera à définir le grade la tumeur, son agressivité et le pronostic pour adapter le traitement. Cette intervention présente dans certains cas des complications, les plus fréquentes étant les infections urinaires ainsi que des risques de rétention urinaire. En cas de signes comme de la fièvre, des frissons, des brûlures ou des envies d'uriner urgentes, le patient devra contacter rapidement son urologue ou médecin traitant.

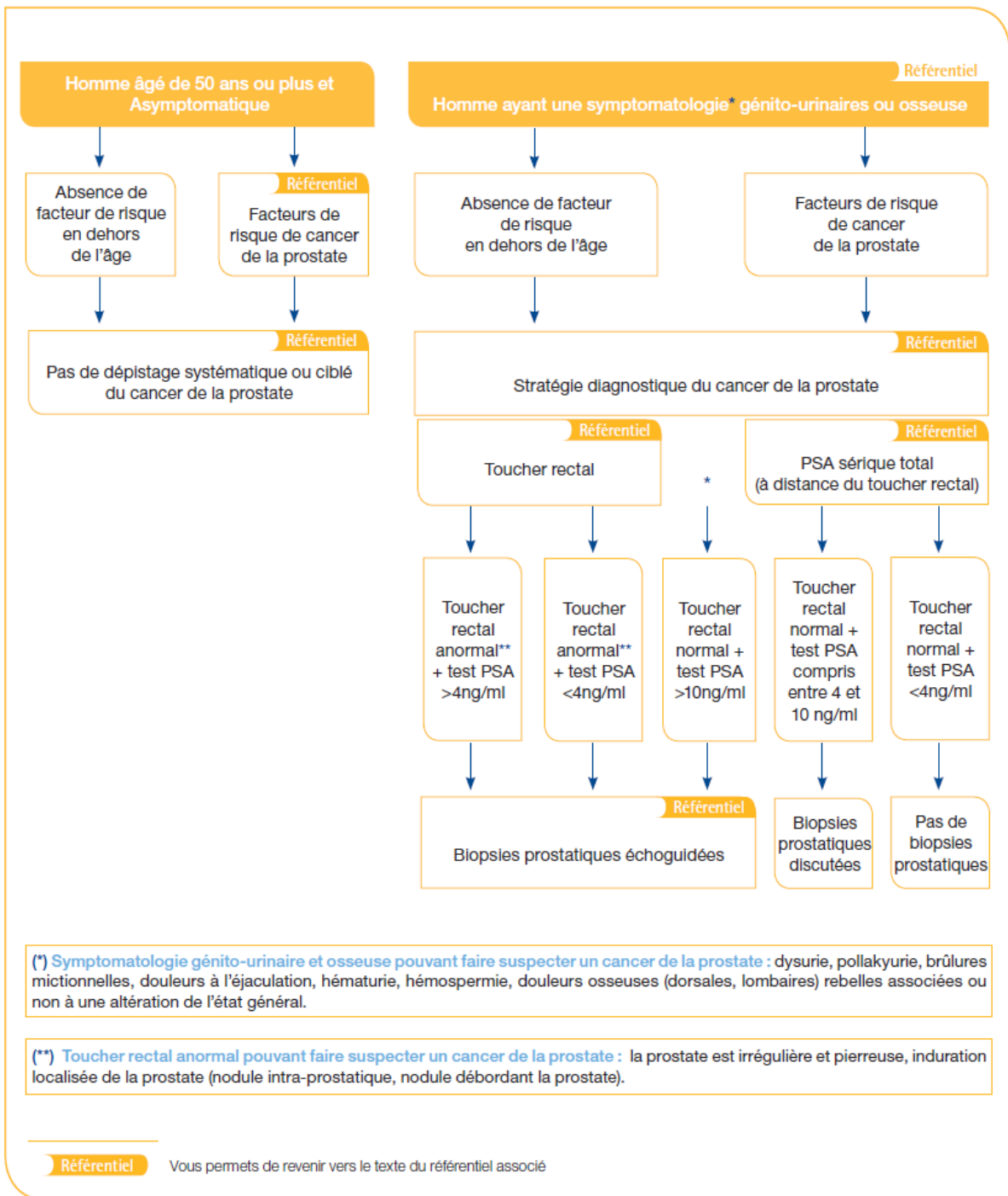


Figure 6 : Arbre décisionnel diagnostique CaP (Source : référentiel HAS) (4)

1.2.2.2 Problématique d'un dépistage précoce

En 2010, la HAS (Haute Autorité de Santé) réalise un rapport d'orientation analysant 2 études importantes ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) et PLCO (Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening) contradictoires quant à l'utilisation du dosage de PSA dans le dépistage du cancer de la prostate et son impact sur la mortalité. Dans la première réalisée en Europe, on observe une baisse significative de la mortalité alors que dans la seconde réalisée aux Etats-Unis aucune réduction significative de la mortalité n'a été observée. (13)

Après l'analyse de ces travaux, la HAS ainsi que les instances internationales ont conclu qu'aucun élément scientifique ne justifie la mise en place d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage de PSA. (4)

En effet grâce à cette technique de dosage du PSA le nombre de cancer diagnostiqué a augmenté, cependant le nombre de diagnostic pour des cancers latents qui présentaient peu de risques a également augmenté. (14)

Dans une étude menée en 2016 sur le dépistage du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, on observe que le dosage de PSA reste encore très utilisé en France, malgré les recommandations données par la HAS. En 2015, 28,9% des hommes de plus de 40 ans ont réalisé un dosage de PSA, ce qui est légèrement moins que les chiffres de 2011 qui étaient aux alentours de 30%. On voit donc une modification légère de l'utilisation du dosage de PSA dans le diagnostic du cancer de la prostate, cependant ce dosage reste très utilisé chez les personnes les plus âgées. (15)

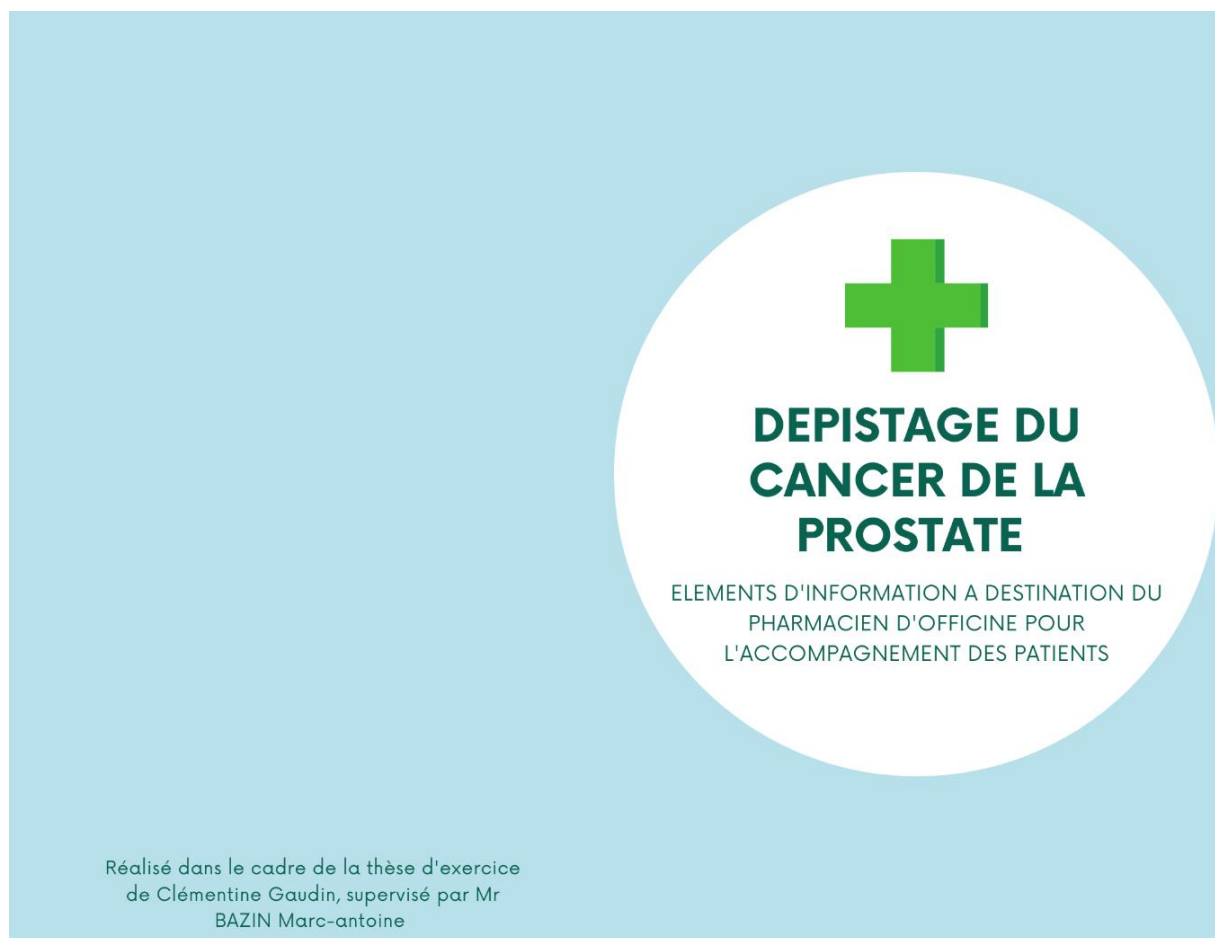
Les recommandations de la HAS et de l'AFU (Agence Française d'Urologie) visent à diminuer le surdiagnostic, elles limitent la prescription d'un dosage de PSA aux personnes symptomatiques et visent à diminuer la répétition des tests au-delà de 75 ans. Suite aux études sur l'intérêt du dosage du PSA, l'AFU recommande la détection précoce du CaP chez les hommes ayant une survie estimée supérieure à 10 ans ou chez les hommes présentant des antécédents familiaux ou des facteurs de risques ethniques. Cette détection précoce doit se faire après une information éclairée du patient sur la détection par le TR ainsi que le dosage PSA total, le diagnostic et les thérapies qui en découleront. (11)

1.2.2.3 Réalisation d'une brochure explicative sur le dépistage à destination du pharmacien d'officine

Lors de ses activités quotidiennes, le pharmacien d'officine doit participer à l'information du patient sur les modalités de dépistage du CaP. Pour pouvoir orienter les patients de manière appropriée, le pharmacien doit être lui-même bien informé au sujet de la pathologie et de son diagnostic. Des brochures à destination des médecins généralistes existent afin de faciliter la transmission d'information concernant le diagnostic du cancer de la prostate, mais aucune n'est adaptée au rôle du pharmacien dans le parcours de soins du patient.

Il est parfois compliqué d'expliquer que le dépistage précoce du CaP n'est pas recommandé car le bénéfice n'est pas clairement démontré et le patient doit être tenu informé des risques de « surdiagnostics » avant de se lancer dans une démarche de dépistage. (14)

Une plaquette a donc été réalisée pour permettre d'avoir un outil d'information à destination du pharmacien (Figure 7).



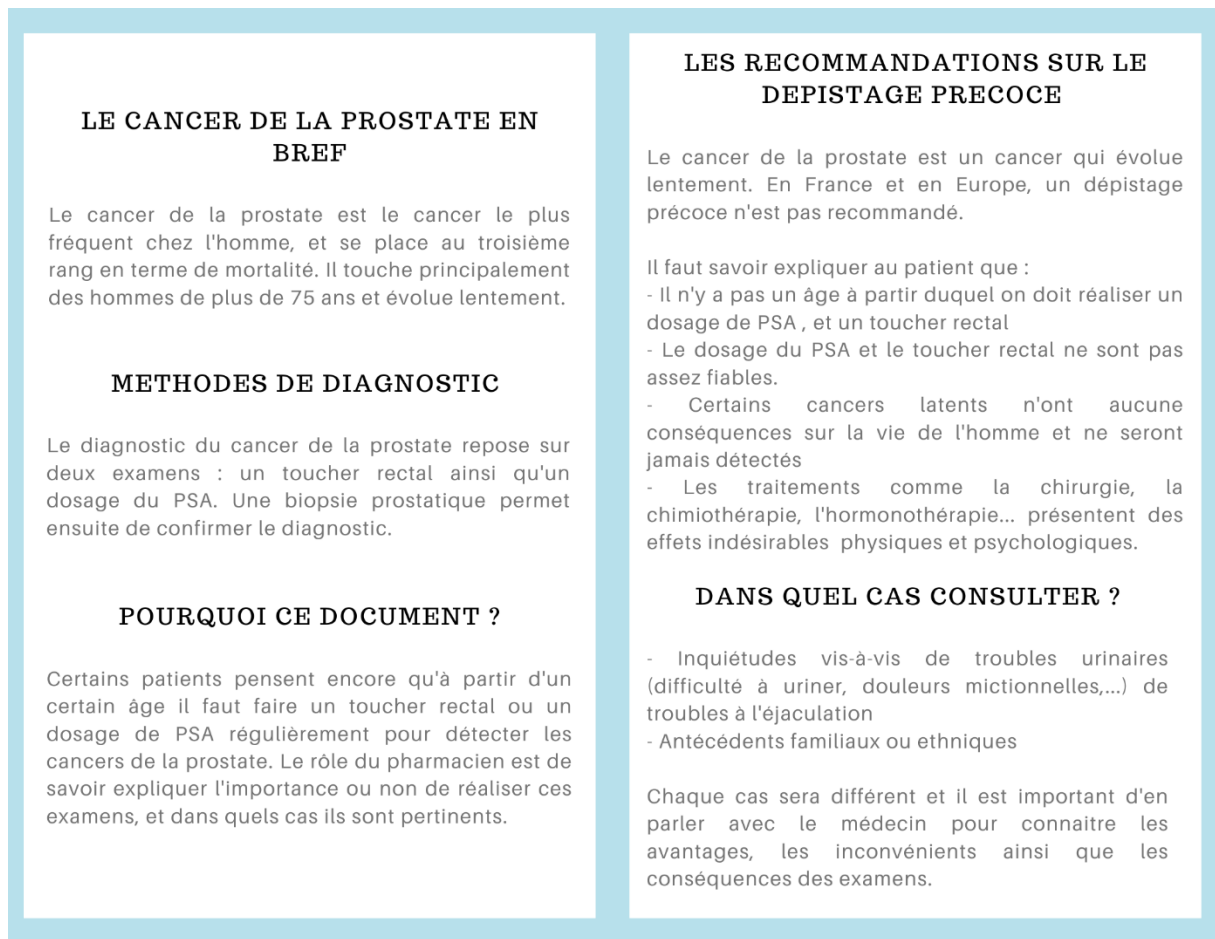


Figure 7 : Brochure information dépistage pour le pharmacien d'officine

1.2.2.4 Détermination du stade de la maladie

Il existe 3 classifications pour déterminer les stades de la maladie.

La première est la classification TNM, où T correspond à l'envahissement de la tumeur, N au nombre de ganglions atteints et M aux métastases (Figure 8).

Catégorie	Classification	Descriptif
T (tumeur primitive)	Tx	→ Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
	T0	→ Absence de tumeur primitive
	T1	→ Tumeur non palpable ou non visible à l'imagerie
	T1a	→ < 5 % de copeaux de résection
	T1b	→ > 5 % de copeaux de résection
	T1c	→ Tumeur diagnostiquée par élévation de PSA et biopsie à l'aiguille avec examen anatomopathologique positif
	T2	→ Tumeur limitée à la prostate (apex et capsule compris)
	T2a	→ Atteinte de la moitié d'un lobe ou moins
	T2b	→ Atteinte de plus de la moitié d'un lobe sans atteinte de l'autre lobe
	T2c	→ Atteinte des 2 lobes
	T3	→ Extension au-delà de la capsule
	T3a	→ Extension extracapsulaire
	T3b	→ Extension aux vésicules séminales
T4	→ Extension aux organes adjacents (col vésical, sphincter, rectum, paroi pelvienne) ou tumeur fixée à la paroi pelvienne	
N (adénopathies régionales)	Nx	→ Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales
	N0	→ Absence de métastase ganglionnaire régionale
	N1	→ Métastase ganglionnaire régionale
M (métastases à distance)	Mx	→ Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
	M0	→ Absence de métastase à distance
	M1a	→ Métastase localisée à un ganglion non régional
	M1b	→ Métastase osseuse
	M1c	→ Métastase localisée à d'autres sites

Figure 8 : Classification TNM du cancer de la prostate (Source : HAS) (4)

Le deuxième est la classification de Gleason qui se base sur l'analyse de la biopsie, le score est obtenu en additionnant les 2 grades histologiques les plus présents. Dans ce score, on a 5 grades différents. Le grade 1 correspond à la glande quasi normale et le 5 à des amas cellulaires tumoraux qui ont totalement détruit la glande (Figure 9).

Il définit le degré de différenciation de la tumeur. Si un seul grade est présent, le score est doublé (1+1). Si 2 populations cellulaires différentes sont présentes, on additionne les grades (3+4). (16) Il peut donc s'échelonner de 2 à 10.

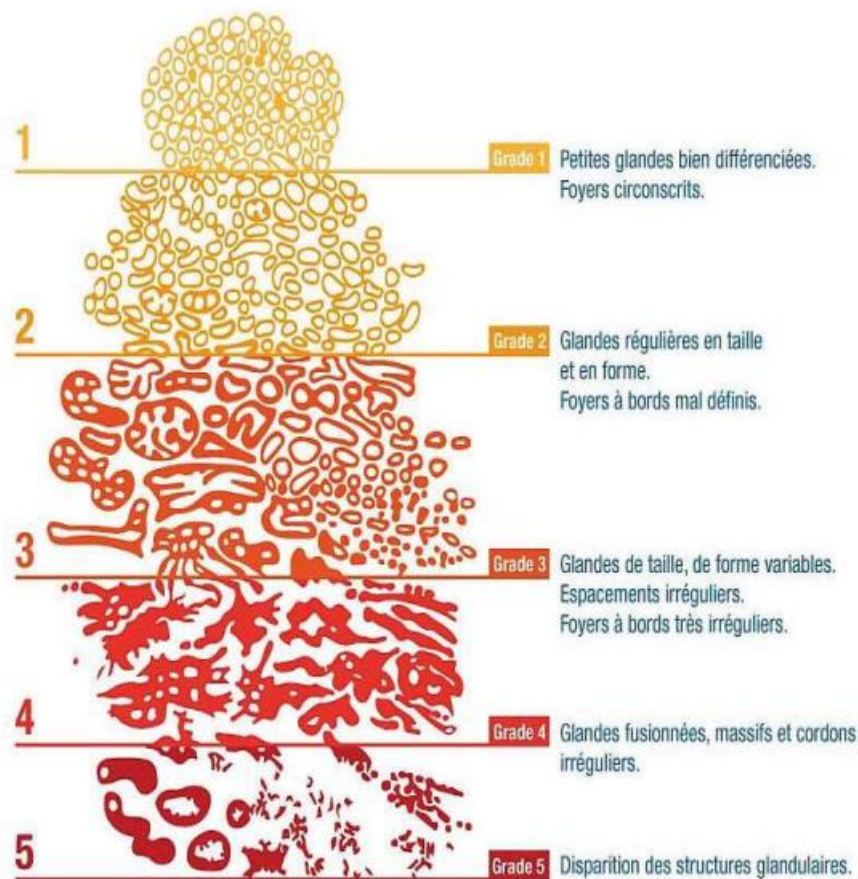


Figure 9 : Différents grades du score de Gleason

Ce score a été revu en 2016 par l'International Society of Uro-Pathology (ISUP), les grades 1 et 2 ont été supprimés. Il s'étend donc de 6 à 10. Les scores à 6 représentent des tumeurs peu différenciées et peu agressives. Un score de 7 correspond soit à un score de 3+4 ou 4+3, ce sont des tumeurs moyennement différenciées, et lorsque la population cellulaire de grade 4 prédomine, la tumeur est plus agressive. Les tumeurs de score supérieur à 8 correspondent à des tumeurs très agressives. (16)

On associe le dosage de PSA, le stade clinique et le score de Gleason pour définir le score d'Amico. Ce score permet de définir le risque de la tumeur et d'adapter le traitement.

« Le score d'Amico définit trois types de tumeurs :

- Tumeurs de bas risque (Stade clinique T1c ou T2a et taux de PSA < 10 ng/mL et score de Gleason des biopsies égal à 6),

- Tumeurs de risque intermédiaire (Stade clinique T2b ou T2c, ou taux de PSA entre 10 et 20 ng/mL ou score de Gleason 7),
- Tumeurs à haut risque (Stade clinique T3 ou taux de PSA>20 ng/mL ou score de Gleason>7). » (17)

2 PARTIE 2 : STRATEGIES THERAPEUTIQUES

2.1 Stratégie thérapeutique en fonction du stade

Le choix du traitement est réalisé en fonction du stade de la pathologie. Dans chaque cas le patient est informé des bénéfices et des risques des traitements qu'on lui propose (Figure 10). On évaluera premièrement l'espérance de vie du patient. Si elle est inférieure à 10 ans, on privilégie la surveillance active, le traitement hormonal ou le traitement palliatif.

Si l'espérance de vie est supérieure à 10 ans, on évalue le type de cancer grâce au score d'Amico, de Gleason et à la classification TNM. En effet pour un cancer de la prostate dit « localisé », on proposera une surveillance active, une prostatectomie totale, une radiothérapie, ou une hormonothérapie courte en fonction du risque du cancer (faible risque, intermédiaire, élevé).

Pour les patients atteint d'un CaP dit « localement avancé », la population est souvent différente du premier groupe et beaucoup plus hétérogène, on définit si le cancer est à faible risque métastatique ou haut risque métastatique. On aura donc les mêmes traitements que pour un cancer localisé auxquels vient s'ajouter une hormonothérapie de 3 ans.

Pour les patients avec un CaP avec une atteinte ganglionnaire, une prostatectomie ou une radiothérapie avec une hormonothérapie adjuvante seront proposés. Pour ceux au stade métastatique, le traitement hormonal sera choisi en première intention puis une chimiothérapie en cas d'échappement. (18)

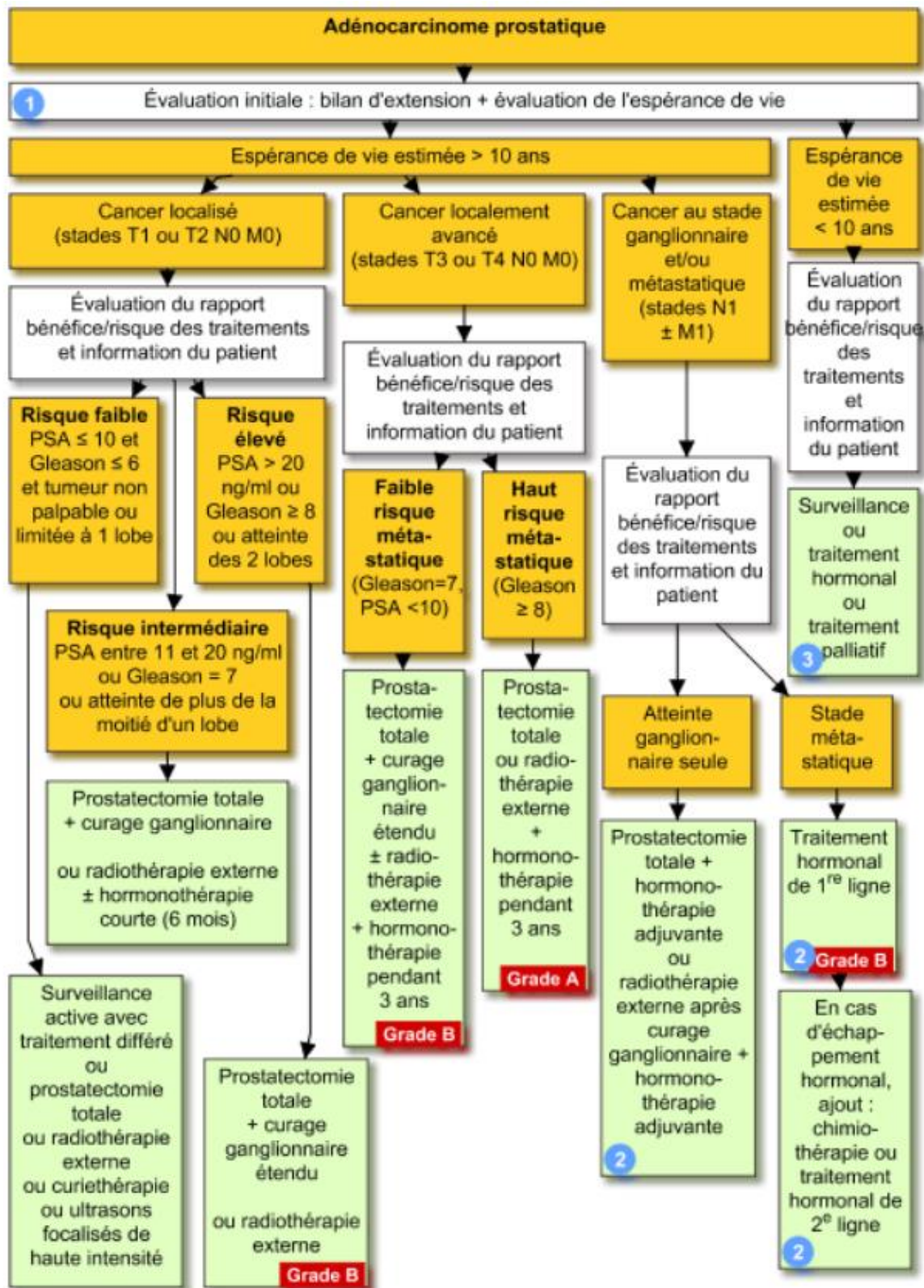


Figure 10 : Arbre décisionnel traitement du CaP (18)

2.2 Arsenal thérapeutique

2.2.1 Surveillance active/Abstention surveillance

La surveillance active (SA) consiste à faire une série de tests réguliers : un dosage de la PSA tous les 3 à 6 mois, une biopsie de prostate tous les ans, des IRM réguliers, un toucher rectal tous les 6 à 12 mois. A un an, un bilan est réalisé avec une IRM et une biopsie, en fonction des résultats on adaptera la fréquence des IRM et des biopsies pour le patient. Ces contrôles réguliers permettent de détecter une éventuelle évolution de la maladie et donc de passer à un traitement curatif si des anomalies sont détectées lors des bilans.

La surveillance active a été évaluée dans diverses études et essais. L'essai ProtecT réalisé au Royaume-Uni a permis de comparer la SA à la chirurgie et la radiothérapie sur un CaP localisé chez 1643 hommes. Cette étude conclut qu'il n'y avait pas de différence sur la mortalité mais une différence sur la progression de la maladie ainsi que les métastases. Cependant tous les hommes ayant eu une SA ont eu une meilleure qualité de vie comparativement aux hommes ayant reçu des traitements curatifs. (11)

En revanche l'abstention-surveillance (ou attente vigilante) consiste, elle, à proposer une surveillance et un traitement palliatif des symptômes. Cette option sera suggérée pour les patients présentant un CaP localisé mais ayant d'autres pathologies qui limitent leur espérance de vie. (19)

2.2.2 Chirurgie

La prostatectomie totale (PT) est le premier traitement de référence du CaP. C'est un traitement curatif qui peut être proposé pour tous les niveaux de CaP. Il permet de retirer entièrement la prostate, les vésicules séminales et les ganglions atteints (Figure 11). Aujourd'hui cette technique est réalisée de deux manières : par voie ouverte ou par cœlioscopie (robot-assistée). Lors de cette intervention le chirurgien procédera à un curage ganglionnaire qui seront destinés ensuite à une analyse microscopique pour évaluer le stade du CaP de façon plus précise. On observe grâce à la prostatectomie totale une augmentation de la survie globale.

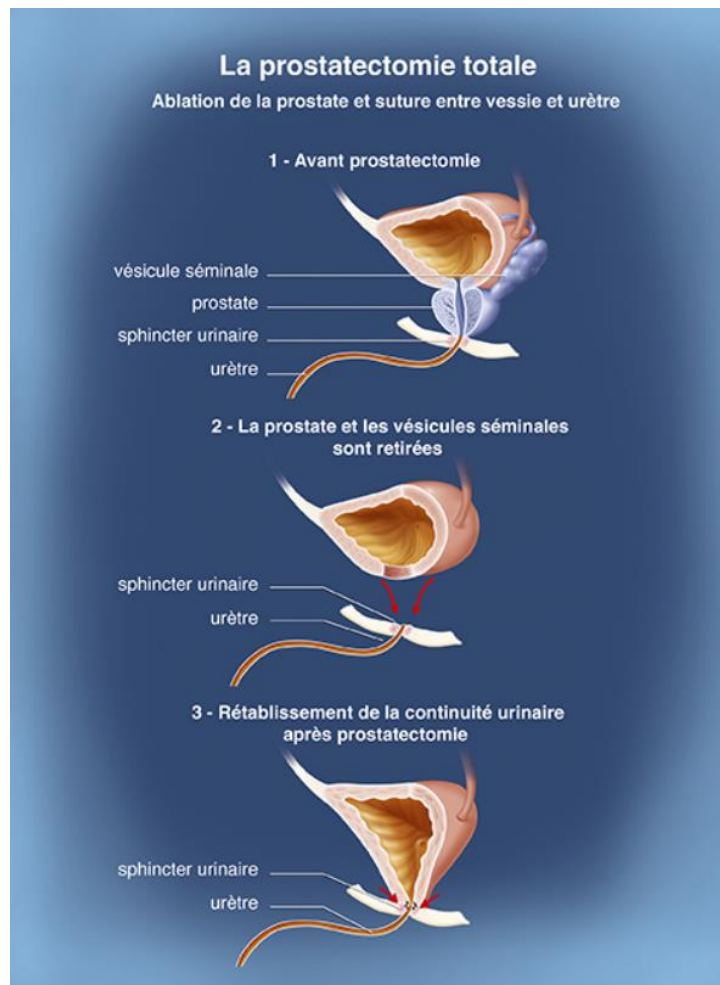


Figure 11 : La prostatectomie totale (20)

Durant l'intervention une sonde urinaire est introduite dans l'urètre jusque dans la vessie pour évacuer les urines jusqu'à ce que vessie ait bien cicatrisée. Cette sonde reste en place pendant une semaine environ. Les principales complications de ce traitement sont les fuites urinaires, et une dysfonction érectile car ce sont des structures proches de la prostate et des vésicules séminales. L'éjaculation n'est plus possible suite à une PT, mais le plaisir et l'érection sont toujours possible. Cependant si le CaP est trop avancé la préservation des nerfs responsables de l'érection n'est pas recommandée. (11)

2.2.3 Radiothérapie

La radiothérapie est le traitement de seconde intention chez les patients non métastatiques. On en distingue deux types : curiethérapie interstitielle et la radiothérapie externe. La curiethérapie est une technique dans laquelle la source radioactive est installée

dans la tumeur ou à proximité de celle-ci. Il existe 2 techniques en curiethérapie, la curiethérapie LDR (Low Dose Rate) qui consiste à injecter des implants d'iode 125 directement dans la prostate. Et la curiethérapie HDR (High Dose Rate) qui consiste à implanter des aiguilles dans la prostate qui seront par la suite raccordé à la source d'iridium 192 qui est moins utilisée. La curiethérapie est utilisée dans les CaP de petites tailles, sans atteintes ganglionnaires et sans métastases. Elle est utilisée chez des patients peu âgés et qui ont peu de signes urinaires.

La radiothérapie externe consiste elle à irradier un volume précis avec des doses allant jusqu'à 80 Grays. Ce sont des séances de 15 minutes chaque jour pendant 7 à 8 semaines avec 2 grays par jour. Le volume à irradier est d'abord repéré par tomодensitométrie pour protéger au mieux les organes proches de la prostate. (11)

2.2.4 Suppression androgénique

Comme vu précédemment les androgènes sont impliqués dans le développement du CaP. Le but de la suppression androgénique est donc d'inhiber les récepteurs aux androgènes et de supprimer la synthèse des androgènes, ainsi que leur sécrétion, ce qui permet une régression de la taille de la tumeur prostatique. La suppression androgénique (SAd) est utilisée en complément de la radiothérapie ou lors d'un CaP métastatique en visée palliative (21). Dans ce cas, la stratégie thérapeutique consistera à agir directement ou indirectement sur l'axe gonadotrope hypothalamo-hypophysaire.

Rappel sur l'axe gonadotrope hypothalamo-hypophysaire :

Comme son nom l'indique le système est composé de l'hypothalamus qui est une structure du système nerveux central, et de l'hypophyse qui est une glande. Ces deux éléments sont reliés par la tige pituitaire. L'hypophyse est divisée en deux lobes, l'adénohypophyse qui est composé d'un épithélium glandulaire et qui a pour rôle la sécrétion des hormones, et la neurohypophyse qui est un tissu nerveux.

L'hypothalamus va sécréter une première hormone la GnRH (Gonadotropin-releasing Hormone) aussi appelé LHRH (Luteinizing Hormone Releasing Hormone) qui va avoir pour cible des récepteurs situés sur l'adénohypophyse (Figure 12). En réponse à cette stimulation

l'adénohypophyse sécrète deux autres hormones la FSH et la LH, qui vont être transportées par le sang jusqu'aux testicules.

La LH a pour cible principale les cellules de Leydig situées entre les tubes séminifères, ce qui va induire la production de testostérone à l'origine du développement des caractères sexuels.

La FSH quant à elle va stimuler la spermatogénèse par les cellules de Sertoli.

Dans cet axe gonadotrope il existe également des rétrocontrôles négatifs. En effet la testostérone va inhiber la production de GnRH, de LH et de FSH. Et les cellules de Sertoli vont produire des inhibines qui vont également réduire la sécrétion des hormones produites par l'adénohypophyse.

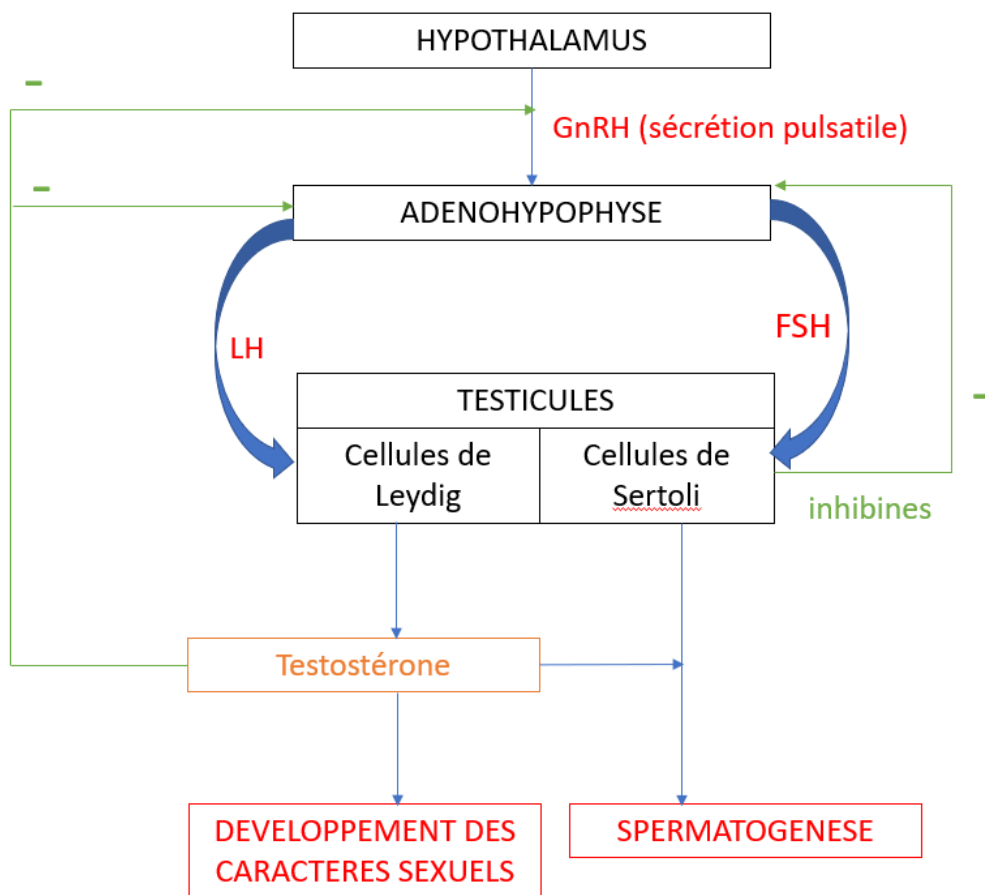


Figure 12 : Fonctionnement de l'axe gonadotrope hypothalamo-hypophysaire

La suppression androgénique peut être chirurgicale par une orchidectomie, ou chimique par l'hormonothérapie. Il existe deux mécanismes pour réaliser cette suppression androgénique. Le premier consiste en une inhibition de la synthèse de testostérone via les analogues de la LH-RH. Le second consiste à stopper l'action de la testostérone grâce à des anti-androgènes. La SAd est utilisée en situation curative en combinaison avec la radiothérapie pour les CaP à haut risque et localement avancés et en situation palliative pour les CaP métastatique.

2.2.4.1 Analogues de la LH-RH :

Les agonistes de la LHRH sont la leuproréline (ELIGARD®, ENANTONE®, LEPTOPROL®), la triptoréline (DECAPEPTYL®) et la goséréline (ZOLADEX®).

Les agonistes LH-RH sont des analogues de la GnRH, ce sont donc des nona- et décapeptides. Ils sont 15 à 200 fois plus puissants que la GnRH endogène et ont une demi-vie plus longue, ce qui permet d'espacer leurs administrations. En mimant la LHRH ils vont stimuler la production de gonadotrophines hypophysaires, et induire une augmentation transitoire de la testostérone (Figure 13). En 2 à 4 semaines on voit apparaître une désensibilisation des récepteurs hypophysaires, qui entraîne une diminution de la FSH et de la LH et par conséquent de la testostérone.

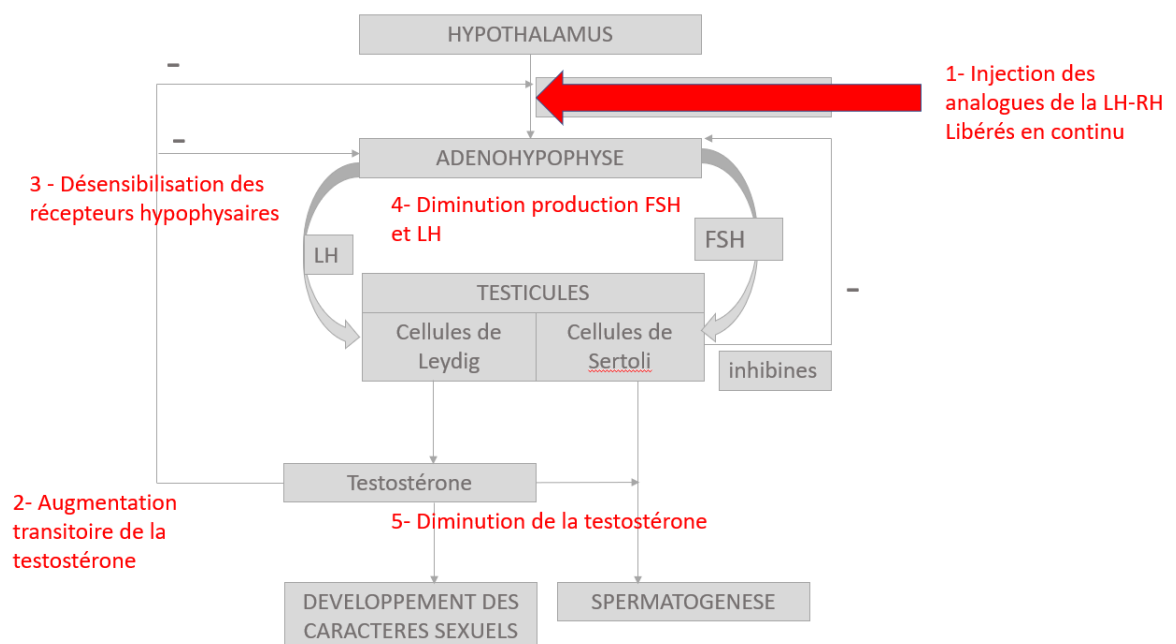


Figure 13 : Mécanisme d'action analogues LHRH

A l'introduction de ces traitements on voit apparaître un effet « flare up », c'est-à-dire une élévation brutale de la testostéronémie qui va entraîner une augmentation des symptômes des patients, douleurs osseuses, douleurs mictionnelles, hématuries, obstruction urinaire.... Les premières semaines les patients sont sous contrôle médical. En prévention de cet effet flare-up, la prescription d'un anti-androgène pendant 2 à 3 semaines est recommandée. (22)

On observe ensuite divers effets indésirables liés à leur mécanisme d'action, les plus courants sont les bouffées de chaleur, douleurs mictionnelles, douleurs osseuses, difficulté érectile... Les traitements par analogues LHRH entraînent également une diminution de la densité minérale osseuse et donc une augmentation du risque de fractures. On peut également voir apparaître des troubles de l'humeur, prise de poids, ou encore une anémie.

Il existe également un antagoniste de la LH-RH : l'acétate de dégarélix (FIRMAGON®). Cet antagoniste a une action plus directe, ils vont entrer en compétition avec la GnRH et bloquer la libération de LH et de la FSH, ce qui entraîne une suppression de la sécrétion de testostérone. Avec ce mécanisme d'action aucun effet flare-up ne sera observé, cependant on retrouvera ensuite les mêmes effets indésirables qu'avec les agonistes LHRH.

2.2.4.2 Anti androgènes :

Les anti-androgènes sont des inhibiteurs des récepteurs aux androgènes. Ils sont divisés en 2 catégories, ceux de première génération avec un anti-androgène stéroïdien : l'acétate de cyprotérone, et les anti-androgènes non stéroïdiens : le bicalutamide (CASODEX®), et le nilutamide (ANANDRON®). Et les anti-androgènes de seconde génération avec le darolutamide (NUBEQA®), l'apalutamide (ERLEADA®) l'acétate d'abiratérone (ZYTIGA®) et l'enzalumatide (XTANDI®).

2.2.4.2.1 Anti-androgènes de première génération

L'acétate de cyprotérone empêche la liaison de la DHT avec les récepteurs aux androgènes cytosoliques des cellules cancéreuses prostatiques, et permet également de diminuer la production de FSH et de LH via son action progestative.

Les anti-androgènes non stéroïdiens de première génération eux se fixent sur les récepteurs aux androgènes et empêche leur translocation du cytoplasme vers le noyau de la cellule, ce qui bloque la production des cytokines et facteurs de croissance nécessaire à la survie de la cellule. Les anti-androgènes sont utilisés en complément d'une chirurgie ou des analogues LH-RH pour diminuer leurs effets indésirables, et sont indiqués dans les CaP métastatiques principalement. Les principaux effets indésirables de ces traitements sont les troubles hépatiques, les arythmies, les méningiomes, la gynécomastie, et une augmentation de la pression artérielle. Un suivi hépatique des patients sera nécessaire tout au long de leur traitement ; une élévation trop importante des transaminases entrainera un arrêt du traitement. On retrouve également des effets indésirables similaires à ceux des analogues de la LHRH comme une baisse de libido, des bouffées de chaleur, une prise de poids, une anémie, une ostéopénie et une dépression. De plus le nilutamide peut entrainer des intolérances à l'alcool, des troubles respiratoires et oculaires pouvant se traduire par une cécité nocturne. (23)

2.2.5 Hormonothérapies de nouvelle génération

Une seconde génération d'anti-androgènes est désormais utilisée dans le traitement du CaP. Ces molécules sont l'acétate d'abiratérone, l'enzalutamide, l'apalutamide, et le darolutamide. Certains cancers deviennent résistants à la castration, c'est-à-dire que les cellules tumorales prostatiques se développent même en l'absence d'androgènes. Ce mécanisme est lié à une modification des cellules tumorales qui leur permet de synthétiser des récepteurs aux androgènes, de les activer même sans androgènes, ou de synthétiser des androgènes à partir de DHEA et d'androstènedione. (21) On définit un cancer résistant à la castration, quand le patient est en échec de traitement au bout de trois mois. Pour traiter ces cancers, on se tournera vers les hormonothérapies de nouvelle génération, l'immunothérapie, ou la chimiothérapie.

Acétate d'abiratérone :

L'acétate d'abiratérone (ZYTIGA®) inhibe directement la synthèse des androgènes de façon irréversible. Il inhibe la 17 alpha-hydroxylase/C17,20-lyase, qui a pour rôle de transformer la prégnénolone et la progestérone en DHEA et androstènedione (Figure 14) qui sont deux précurseurs de la testostérone. Il agit à tous les niveaux de production de testostérone, les testicules mais également au niveau des glandes surrénales ainsi que sur la tumeur directement.

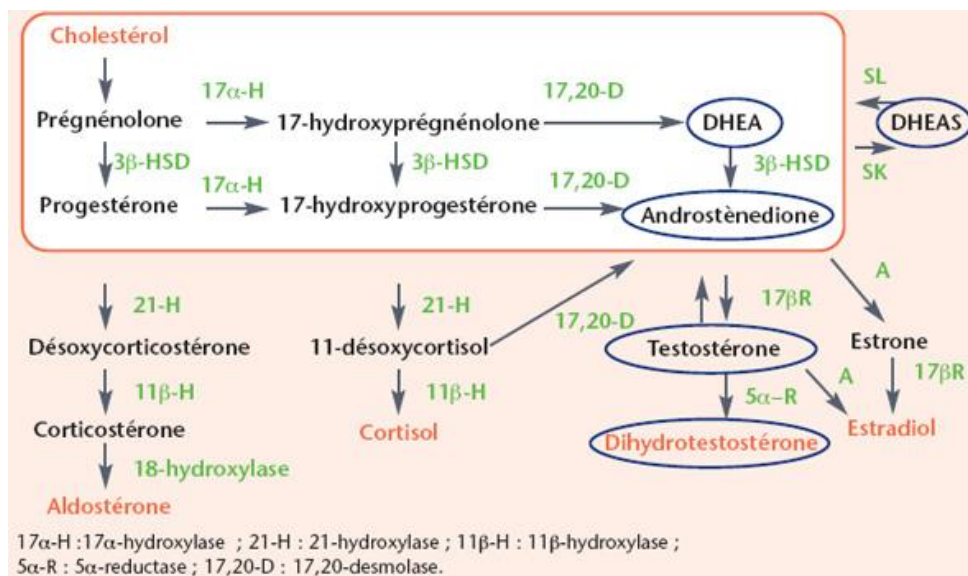


Figure 14 : Schéma de la synthèse des androgènes (24)

L'abiratérone est utilisé dans le CaP métastatique lorsque la maladie a progressé pendant ou après chimiothérapie à base de docétaxel ainsi que dans les CaP métastatiques résistant à la castration chez des hommes peu symptomatiques, après un échec par suppression androgénique et pour lesquels la chimiothérapie n'est pas encore indiquée. Il est utilisé à une posologie de 1000 mg en une prise quotidienne à distance d'un repas et est toujours associé à une prescription de prednisone (5 ou 10 mg) pour diminuer les effets indésirables.

Le mécanisme d'action de l'abiratérone explique ses principaux effets indésirables. En effet en inhibant la synthèse de testostérone, on observe une augmentation de la synthèse d'aldostérone et de cortisol. Cet hyperaldostéronisme entraîne une hypokaliémie, une hypertension artérielle et de la rétention d'eau. De plus il peut induire des infections urinaires, une insuffisance cardiaque, une augmentation des triglycérides et une hépatotoxicité liée au

risque de cytolyse. Un suivi hépatique et ionique sera à réaliser tout au long du traitement. (25)

Enzalutamide

L'enzalutamide est le second médicament de cette nouvelle génération. C'est un inhibiteur du récepteur aux androgènes, mais qui fonctionne différemment des précédents. Une fois lié au AR, il bloque sa translocation dans le noyau de la cellule et sa liaison à l'ADN. Il a une affinité pour le AR bien supérieure à celle des androgènes de première génération. (26) L'étude AFFIRM qui a étudié l'effet de l'enzalutamide vs placebo, montre une réduction de 37% du risque de décès avec l'enzalutamide. Il est prescrit en une prise quotidienne de 160 mg à distance d'un repas comme l'acétate d'abiratérone.

Les effets indésirables les plus fréquents sont les maux de tête, les bouffées de chaleurs, une augmentation de la tension artérielle ainsi que des affections cutanées (sécheresse et prurit).

La prise d'enzalutamide devra faire l'objet de surveillance spécifique comme la numération de la formule sanguine car elle peut entraîner une diminution du nombre de globules blancs, ainsi que des bilans cardiaques une à deux fois par an pour contrôler l'ECG et la tension artérielle.

Deux autres molécules ayant une structure et un mécanisme d'action proche de l'enzalutamide sont également utilisées depuis 2020 : l'apalutamide ainsi que le darolutamide. Une étude récente a comparé 2 groupes de patients, le premier traité par abiratérone/prednisone et le second par abiratérone/prednisone avec ajout de l'apalutamide. L'étude SPARTAN a mis en évidence que l'apalutamide augmente les chances de survie du patient. Les études PROSPER (enzalutamide), SPARTAN (apalutamide) et ARAMIS (darolutamide) suggèrent une augmentation de la survie du patient avec l'utilisation de ces molécules. (27) L'utilisation de ces deux molécules entraînerait moins d'effets indésirables que la prise d'enzalutamide, cependant ces deux médicaments font toujours l'objet d'une surveillance particulière. La posologie de l'apalutamide est de 240 mg par jour, soit 4 comprimés en une seule prise et le darolutamide est prescrit à 1200 mg par jour en deux prises. Les principaux effets indésirables recensés sont la fatigue, des éruptions cutanées ainsi que de l'hypertension. (28)

2.2.6 Chimiothérapie

La chimiothérapie est un traitement de choix dans le cancer de la prostate métastatique hormono-résistant, elle n'est cependant pas utilisée en première intention d'un CaP.

Les taxanes

En 2004, deux études TAX 327 et SWOG 99-16 ont montré que l'utilisation des taxanes était une thérapeutique de choix dans les CaP résistant à la castration, en augmentant la survie moyenne et en diminuant les symptômes pour une meilleure qualité de vie. Le docétaxel est donc devenu le traitement de première intention en chimiothérapie en association avec la prednisone ou la prednisolone. Le cabazitaxel est utilisé en seconde intention après échec du docétaxel. (29) Ces deux molécules agissent en stabilisant les microtubules cellulaires, et empêchent donc la division cellulaire, ce qui entraîne l'apoptose des cellules cancéreuses. Les principaux effets indésirables des taxanes sont hématologiques (anémie, leucopénie, neutropénie) et digestifs (nausées, vomissement, diarrhées) ; on voit également apparaître une alopécie. Leur toxicité hématologique implique une surveillance régulière de la NFS. (30) L'étude STAMPEDE et CHARRTED ont étudié l'efficacité du docétaxel en association avec une suppression androgénique chez les patients ayant un cancer de la prostate métastatique hormonosensible. Ces études ont montré une augmentation de la survie globale médiane. Une chimiothérapie par docétaxel pourrait donc être envisagée pour les patients atteints de cancer de la prostate hormonosensible. La place de cette thérapeutique n'est pas encore définie en comparaison à la SAd seule. (31)

Mitoxantrone :

La mitoxantrone est indiqué dans le traitement palliatif du CaP résistant à la castration. Ce traitement n'a pas d'impact sur la survie globale du patient mais il permet de réduire les douleurs métastatiques et vise donc à améliorer la qualité de vie du patient.

La mitoxantrone est une anthracènedione apparentée aux anthracyclines. C'est un anticancéreux de la classe des agents intercalants, c'est-à-dire qu'elle vient se fixer entre deux bases d'ADN. Elle inhibe la topoisomérase de type II, ce qui empêche le clivage de l'ADN double brin. Elle bloque donc la transcription de l'ADN en ARNm et donc la poursuite du cycle cellulaire. (32)

2.2.7 Médicaments ciblant l'os

Chez un patient atteint de cancer de la prostate, les principales complications sont les métastases osseuses. Ces métastases altèrent la qualité de vie du patient et causent de multiples douleurs. Il est nécessaire de prévenir l'apparition de ces métastases. Pour cela, deux classes de médicaments sont utilisées : les bisphosphonates et les anticorps anti-RANKL.

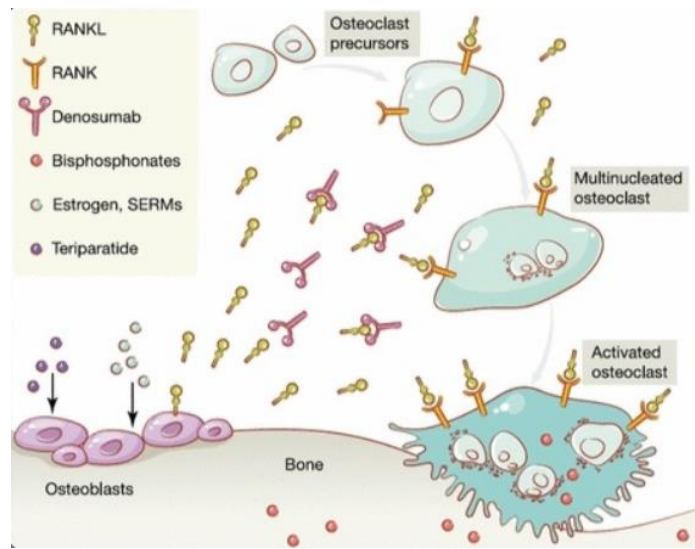


Figure 15 : Mécanismes d'action des médicaments ciblant l'os (33)

Les bisphosphonates :

Les bisphosphonates ont une action anti-ostéoclastique, ils viennent inhiber ces cellules qui ont pour rôle la destruction du tissu osseux (Figure 15). Dans un contexte physiologique il y a un équilibre entre ostéoclastes et ostéoblastes (cellules participant à la reformation du tissu osseux) ce qui permet un renouvellement régulier du tissu osseux. Il existe deux molécules qui sont utilisées dans la prévention des complications osseuses liées au cancer de la prostate, l'acide zolendronique et l'acide clodronique. Le premier étant administré à une dose de 4 mg par voie intraveineuse toutes les 4 semaines et le second se présente sous la forme de comprimés avec une dose minimale de 1600 mg par jour en une prise. Pour les comprimés par voie orale, ils doivent être pris debout ou assis, le patient ne doit pas s'allonger dans les 30 minutes qui suivent la prise pour éviter le risque de lésion au niveau de l'œsophage. De plus

ces comprimés doivent être pris avec un verre d'eau du robinet ou une eau peu minéralisée, pour ne pas diminuer l'absorption des bisphosphonates.

Les principaux effets indésirables de ces traitements sont allergiques, hématologiques et rénaux. La fonction rénale devra être surveillée tout au long du traitement. Un risque exceptionnel d'ostéonécrose mandibulaire est rapporté, il augmente avec la durée d'exposition au traitement, un bilan bucco-dentaire devra être réalisé avant le début du traitement puis tous les ans. (18)

Anticorps anti-RANKL :

Le denosumab est un anticorps monoclonal qui inhibe l'activité des ostéoclastes, il empêche l'activation des ostéoclastes en se liant au RANKL, ligand du récepteur RANK. L'inhibition de la liaison RANK/RANKL empêche la formation et l'activation des ostéoclastes (Figure 15). (33)

Le denosumab se présente sous forme d'injection sous cutanée en deux dosages : 60 mg (Prolia®) et 120 mg (Xgeva®). Le Prolia® nécessite une injection tous les 6 mois alors que le Xgeva® nécessite une injection toutes les 4 semaines. La HAS dans un avis de la commission de transparence de 2011 déclare que le dosage à 60 mg ne présente pas d'intérêt supérieur aux bisphosphonates. Contrairement à ce dernier, le dosage à 120 mg a montré une efficacité supérieure aux bisphosphonates et reste un traitement de choix dans la prévention des complications osseuses des métastases du cancer de la prostate. (18)

Comme pour les bisphosphonates, une ostéonécrose de la mâchoire peut survenir, un bilan bucco-dentaire préalable puis annuel est également nécessaire. L'un des effets indésirables principal est l'hypocalcémie ; la recherche d'une potentielle hypocalcémie avant le début du traitement et avant chaque injection doit être réalisée. Un apport journalier en calcium de 500 mg et 400 UI de vitamine D est recommandé.

2.2.8 Immunothérapie

Sipuleucel-T

Le Sipuleucel-T est une immunothérapie sous forme de vaccin ayant montré son efficacité dans les cancers de la prostate métastatiques résistants à la castration. Cette immunothérapie

est constituée de cellules souches prélevées sur le patient. Les cellules dendritiques obtenues à partir des cellules souches du patient sont activées ex vivo avec une protéine de fusion PA2024. Cette activation va permettre de présenter au système immunitaire du patient l'antigène phosphatase de l'acide prostatique (PAP), présent dans 95% des cellules cancéreuses du CaP, pour qu'il puisse reconnaître les antigènes tumoraux et ainsi éliminer les cellules tumorales. Ce traitement nécessite trois injections espacées de deux semaines, il est perfusé par voie intraveineuse durant 30 minutes. Les principaux effets indésirables de ce traitement sont liés principalement à l'injection : elle peut provoquer des frissons, de la fièvre, de la fatigue, des maux de tête qui durent deux jours après l'injection (Figure 16).

Dans l'essai de phase 3, mené en double aveugle, les patients ont été répartis au hasard dans deux groupes, le premier pour recevoir du Sipuleucel-T (341 patients) et le second pour recevoir un placebo (171 patients). La survie globale était le critère d'évaluation principal de l'étude. Cette étude a montré une amélioration significative de la survie globale des patients traités par Sipuleucel-T de 4,1 mois et une amélioration du taux de survie à 3 ans. (34)

Ce traitement est rapide et plutôt bien toléré par les patients, il peut également être associé à d'autres traitements comme la chimiothérapie.

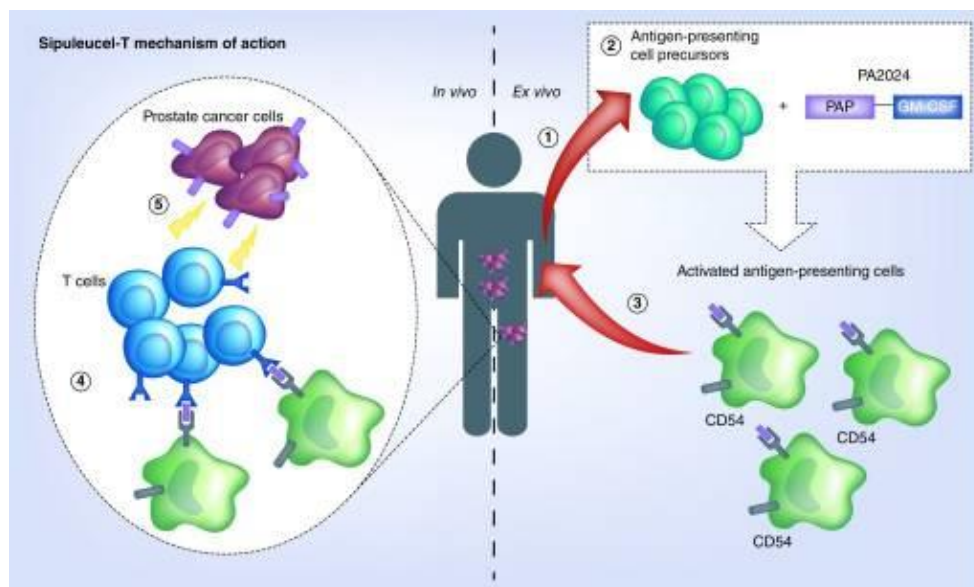


Figure 16 : Mécanisme d'action du Sipuleucel-T (35)

Le Sipuleucel-T est actuellement autorisé aux Etats-Unis mais pas en France ; cependant dans la pratique il est peu utilisé car il nécessite une grande logistique ainsi qu'un coût très élevé.

D'autres immunothérapies sont en phase d'essais, notamment les anticorps anti-CTLA4 et les anticorps anti-PD1.

2.2.9 Inhibiteurs de PARP

Les cellules de notre corps souffrent quotidiennement de dommages causés par la division cellulaire ou les facteurs environnementaux. Ces dommages touchent principalement notre matériel génétique donc l'ADN. S'ils ne sont pas correctement réparés, cela peut conduire soit au développement de cellules cancéreuses soit à la mort cellulaire. Pour cela il existe différents mécanismes de réparation de l'ADN dans les cellules : les PARP et les BRCA. Les poly (ADP-ribose) polymérase (PARP) sont des enzymes permettant la réparation des cassures simple brin de l'ADN, et les BRCA réparent les cassures de l'ADN double brin. Dans certaines cellules cancéreuses, le gène codant pour les protéines BRCA1 et BRCA2 est muté, c'est ce qu'on appelle les CaP avec altération des voies de réparation de l'ADN (DDR), ils correspondent entre 10 et 30% des cancers métastatiques. La présence de ces mutations implique que les erreurs ne sont plus réparées par BRCA et uniquement dépendantes de PARP. La mutation est donc conservée et la cellule continue sa division cellulaire, ce qui provoque un cancer.

Les inhibiteurs de PARP ont pour rôle de se fixer spécifiquement à l'enzyme et empêche donc la réparation de l'ADN. Ce processus étant empêché, il entraîne donc l'apoptose de la cellule. Les inhibiteurs de PARP sont spécifiques des cellules cancéreuses et ne touchent pas les cellules saines, c'est ce qu'on appelle une thérapie ciblée. De plus les inhibiteurs de PARP inhiberaient en partie l'activité transcriptionnelle du récepteur aux androgènes. D'après une étude sur l'utilisation concomitante d'anti-androgènes et d'inhibiteur de PARP, l'utilisation d'anti-androgène diminuerait l'expression des gènes BRCA dans les cellules cancéreuses, ce qui donnerait un environnement favorable pour l'utilisation des inhibiteurs de PARP. (36)

Les inhibiteurs de PARP sont donc utilisés uniquement s'il y a une mutation BRCA1/BRCA2, des tests génétiques seront réalisés avant l'instauration de ce traitement pour connaître le statut du patient. On recherchera d'abord si la mutation est germinale ou somatique, la mutation germinale est constitutionnelle, elle pourra se transmettre à la descendance alors

que la mutation somatique est présente uniquement dans les cellules tumorales. S'il n'y a pas d'altération identifiée, alors les inhibiteurs de PARP ne seront pas indiqués. (37)

Le premier inhibiteur de PARP ayant obtenu l'AMM en France est l'olaparib suite à l'essai PROfound.

« Il est indiqué :

- en monothérapie pour le traitement des patients adultes atteints d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration (CPRCm), avec mutation des gènes BRCA1/2 (germinale et/ou somatique) et qui ont progressé après un traitement antérieur incluant une hormonothérapie de nouvelle génération.
- en association à l'abiratérone et à la prednisone ou à la prednisolone pour le traitement des patients adultes atteints d'un CPRCm pour lesquels la chimiothérapie n'est pas cliniquement indiquée ».

L'olaparib est bien toléré par les patients et présente peu d'effets indésirables. Les principaux sont les nausées, la fatigue, l'anémie, des diarrhées, des céphalées, des vertiges, de la toux, une neutropénie et une leucopénie. Dans la majorité des cas, ces effets indésirables ne nécessitent pas l'arrêt du traitement mais simplement une réduction des doses. (38)

Le schéma suivant (Figure 17) récapitule les traitements disponibles actuellement en France pour traiter le CaP.

ARSENAL THERAPEUTIQUE DANS LE CANCER DE LA PROSTATE

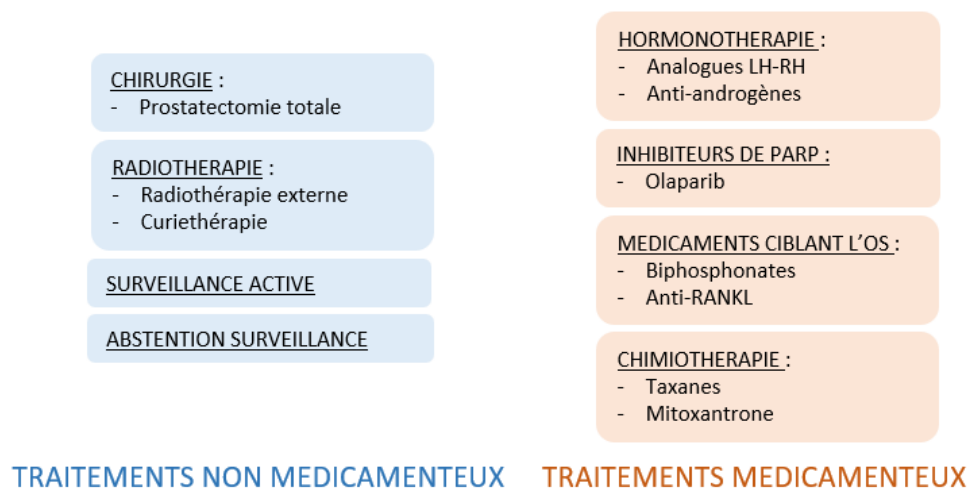


Figure 17 : Arsenal thérapeutique dans le cancer de la prostate

3 PARTIE 3 : ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE PARCOURS DE SOIN DU PATIENT : PARALLELE VILLE-HOPITAL

Tout au long de son parcours de soin le patient va être amené à venir à la pharmacie, pour venir chercher ses traitements mais aussi pour avoir des réponses à ses questions, ses inquiétudes et également pour pouvoir être écouté. De plus dans un contexte de déserts médicaux, il est de plus en plus difficile pour le patient de consulter son médecin généraliste ou spécialiste, le rôle du pharmacien d'officine va être de plus en plus sollicité pour l'accompagnement du patient dans chacun des moments de son parcours de soins. Le pharmacien doit donc connaître parfaitement le déroulement d'une prise en charge pour un cancer de la prostate. Le parcours de soin à l'hôpital doit être parfaitement coordonné avec les professionnels de ville pour que le patient soit le mieux pris en charge, les approches en ville et à l'hôpital étant complémentaires. L'interprofessionnalité est une notion clé du parcours de soin du patient. A partir du diagnostic du CaP, le patient passera par plusieurs étapes clés où le pharmacien aura un rôle à jouer : l'annonce du cancer, les traitements, et la rémission.

3.1 Annonce

L'annonce du cancer est une étape particulièrement importante pour le patient et ses proches. Cette annonce a lieu dans la majorité des cas à l'hôpital par l'équipe de soignants qui l'accompagne. Depuis 2005 un dispositif d'annonce est mis en place, il est construit autour de cinq temps et permet de structurer l'annonce du diagnostic de cancer qui peut être un traumatisme pour le patient. L'objectif de ce dispositif est d'instaurer une relation entre le patient et les multiples professionnels de santé qui vont l'accompagner durant sa maladie afin d'améliorer la prise en charge et l'observance. Ce dispositif d'annonce fait partie des conditions transversales de qualité auxquelles les établissements doivent se soumettre afin d'être autorisés à pratiquer la cancérologie. Parmi celles-ci, on retrouve, la mise en place du dispositif d'annonce, la mise en place de la concertation pluridisciplinaire (RCP), la remise au patient d'un programme personnalisé de soins (PPS), le suivi des référentiels de bonne

pratique clinique, l'accès du patient à des soins de support et l'accès du patient aux traitements innovants et aux essais cliniques.

Tout d'abord l'annonce de la suspicion d'un cancer peut être faite lors de symptômes qui ont alerté le patient, d'imageries, de bilans biologiques ou d'examens cliniques suspects. Généralement ce sont les médecins généralistes qui réalisent cette annonce, en évoquant une suspicion de cancer, ils demandent donc des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic. C'est un moment pouvant être très inquiétant pour le patient, qui peut être amené à se poser des questions et en chercher les réponses.

Après réalisation des examens complémentaires, l'annonce a lieu généralement à l'hôpital par un médecin spécialiste qui confirme le diagnostic et aborde les différentes options thérapeutiques. L'équipe hospitalière contacte également le médecin généraliste pour l'informer et également mieux comprendre l'environnement de vie du patient. Par la suite, la réunion de concertation pluridisciplinaire va permettre aux soignants de définir une stratégie thérapeutique. (39) C'est dans un troisième temps que les équipes hospitalières pourront la proposer au patient en exposant les modalités de celle-ci. Dès lors que le protocole est compris et accepté par le patient, un programme personnalisé de soins (PPS) qui accompagnera le patient pendant tout son parcours lui est remis. Il est constitué de deux volets, le premier qui contient des informations générales : informations administratives du patient, les informations relatives au PPS (dernière RCP, date de remise du document...), les coordonnées de l'équipe soignante avec leurs noms et leurs spécialités, les coordonnées des professionnels en ville (médecin généraliste, IDE, pharmacien...), les coordonnées des structures de coordination et de soutien (associations de patients, espaces d'informations...). Le second volet est consacré aux soins. Il contient le diagnostic, la stratégie thérapeutique avec un calendrier de suivi des différents traitements et suivis prévisionnels, les lieux de traitement et de suivi, et des informations sur les effets indésirables ainsi que les interactions. Il contient également les soins oncologiques de support qui peuvent être proposés au patient (assistant social, nutritionniste, psychologue, sexologue, addictologue...). (40)

Ce PPS permet de regrouper toutes les informations liées à la pathologie, l'accompagnement du patient et la chronologie des différentes étapes. Il permet au patient d'avoir une vision globale sur son parcours de soins.

A la suite de cette étape majeure, le patient est accompagné par un soignant paramédical (en général un infirmier) qui écoute le patient et reformule avec lui les informations données durant les étapes précédentes. Le soignant évalue le niveau d'information du patient ainsi que ses éventuelles préoccupations, il peut également orienter le patient vers les professionnels compétents en fonction de ses besoins.

Enfin le patient fera une consultation de synthèse avec son médecin traitant, qui est un interlocuteur privilégié du patient. Dans la majorité des cas, celui-ci le connaît depuis longtemps, connaît son histoire, sa philosophie, ce qui permet un échange plus facile. Cette consultation permet au patient de mieux comprendre et d'obtenir des réponses à ses questions. Elle permet également de faire les démarches administratives telles que la demande d'ALD (Affection de Longue Durée), un potentiel arrêt de travail ou mi-temps thérapeutique.

Toutes ces étapes se passent généralement assez rapidement, parfois dans la même semaine, le patient reçoit beaucoup d'informations en même temps. Ce temps d'annonce a un impact psychologique et émotionnel pour le patient et est un temps où l'on nomme la maladie et durant lequel il y a une désorganisation au niveau psychique. Les patients peuvent être amenés à ressentir différents sentiments : choc, injustice, colère, surprise, peur, tristesse, impuissance, culpabilité. Pour faire face à ces émotions les patients vont mettre en place différents mécanismes de défenses psychologiques en réponse à la situation à laquelle ils sont confrontés.

Il existe un grand nombre de mécanismes de défenses (ou « coping »). Ils sont définis dans le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux) comme étant des « processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes. » (41)

Les principaux décrits dans le cancer sont les suivants :

- Combativité
- Evitement ou déni
- Fatalisme
- Sentiment d'impuissance
- Anxiété. (42)

Les patients utilisent différentes stratégies de coping à différents moments de leurs parcours de soins et parfois simultanément.

Le pharmacien n'est pas psychologue et doit savoir orienter le patient vers un professionnel compétent pour une prise en charge complète mais il doit avoir un comportement adapté pour rassurer et accompagner le patient. En parallèle de ces étapes à l'hôpital, le malade va venir à la pharmacie pour chercher une écoute et du savoir, il faut apprendre à écouter le patient et également utiliser ses connaissances pour répondre à ses attentes (Figure 18). Il doit savoir repérer les différents mécanismes de défense pour ne pas bouleverser ces constructions psychologiques mais adapter son discours. Chaque mot utilisé va être important pour le patient. Pour les patients dans la dénégation, le pharmacien doit pouvoir faire la différence entre quelqu'un qui n'a pas compris et quelqu'un est dans le déni. Lors de la conversation, il faut essayer de reprendre ce que le médecin a dit, lui demander de reformuler avec ses mots pour évaluer son niveau de compréhension. Si la personne n'a pas compris, le pharmacien pourra lui proposer de revoir son médecin. Certains patients vont également déplacer le problème, ils vont préférer s'inquiéter pour quelqu'un de leur entourage plutôt que pour eux. Dans ce cas il ne faut pas recentrer la conversation sur le malade mais le laisser parler, cela lui permet d'exprimer son anxiété sans parler de lui.

De plus, le pharmacien participera à surveiller les signes de détresse du patient comme les signes physiques (maux de ventre, tension, perte d'appétit...), des comportements inhabituels (perte d'intérêt, agressivité, évitement...), ou des émotions intenses (tristesse, anxiété, colère...). (43)

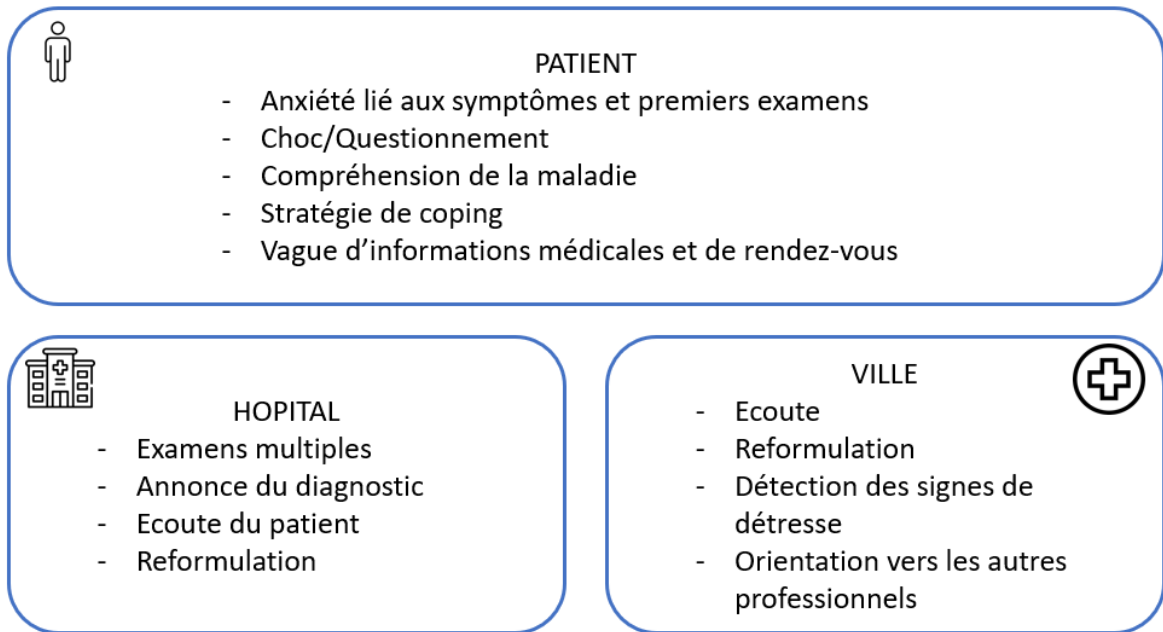


Figure 18 : Infographie temps de l'annonce

3.2 Traitements

3.2.1 Traitements à l'hôpital

La mise en place des traitements bouleverse la vie du patient qui devient rythmée par de multiples rendez-vous médicaux. Il y a une réorganisation de la vie du patient autour de la maladie : arrêt de l'activité professionnel et réorganisation de la vie familiale et sociale. A ce moment du parcours de soin, le patient est entouré de beaucoup de professionnels de santé, ce qui peut parfois permettre de contenir son angoisse. Durant cette période le patient vient régulièrement à la pharmacie pour chercher ses ordonnances liées à une opération, une radiothérapie ou une chimiothérapie (Figure 23).

Prostatectomie

La prostatectomie est une intervention chirurgicale, elle nécessite donc une préparation qui se fait avec l'urologue ainsi que l'anesthésiste. Le patient devra réaliser un bilan avant l'opération, qui comprendra :

- Une analyse urinaire pour vérifier l'absence d'infection. Dans le cas contraire le patient devra être traité par antibiotiques avant l'opération.
- Un bilan sanguin évaluant la fonction rénale.

L'anesthésiste fera un bilan médicamenteux des traitements pris par le patient et demandera au patient d'arrêter la prise d'anticoagulant avant l'intervention.

Le patient se retrouve avec de multiples ordonnances pour cette intervention. Tout d'abord si une infection a été détectée à l'ECBU il sera nécessaire que le patient soit traité par antibiotique avant l'opération. Ensuite il aura des ordonnances pour des médicaments antalgiques, des anticoagulants, des bas de contentions mais également des ordonnances pour l'IDE. Il est important de trier les ordonnances du patient avec lui, en précisant à qui elles sont destinées.

Ordonnances post-opératoires :

- *Antalgiques*

Lors de la délivrance des antalgiques le pharmacien devra être vigilant et contrôler qu'il n'y ait pas d'autres médicaments similaires dans les prescriptions habituelles du patient. Les antalgiques les plus prescrits sont le paracétamol et le tramadol en cas de douleurs plus intenses (Figure 19). Si le patient prend déjà du paracétamol ou du tramadol, au même dosage ou à un dosage différent, il faudra bien lui expliquer de ne pas prendre 2 fois le même médicament. De plus le pharmacien devra mettre en garde les personnes âgées sur l'utilisation du tramadol qui peut augmenter le risque de chute.

INSTITUT CURIE St CLOUD 35 rue Dailly 92210 Saint-Cloud Finess . . .	
Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)	
Le 06/10/2022	
<u>En cas de douleurs post opératoire :</u>	
- PARACETAMOL 1 g comprimé : 1 à 3 comprimés par jour si douleur, maximum 3 comprimés par jour	
<u>En cas de douleurs non soulagées par la prise de PARACETAMOL :</u>	
- TRAMADOL 50 mg comprimé : 1 à 6 comprimés par jour si douleurs non soulagées par la prise de PARACETAMOL, maximum 6 comprimés par jour	
QSP 1 mois	
Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée reconnue (MALADIES INTERCURRENTES)	

Figure 19 : Exemple d'une ordonnance de traitements antalgiques après une prostatectomie

○ *Anticoagulants et bas de contentions*

La prostatectomie est une opération à haut risque de maladie thromboembolique, en effet l'opération vient perturber la coagulation et peut provoquer la formation de caillots sanguins qui peuvent se détacher et provoquer une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire. De plus le patient peut avoir des difficultés à se mobiliser dans les jours qui suivent l'opération ce qui peut entraîner une stase veineuse. A la suite d'une opération le patient se verra donc prescrire des antithrombotiques comme le Lovenox® (énoxaparine sodique) et des bas de compression de classe II.

L'énoxaparine sodique est prescrit à un dosage de 4000 UI qui est un dosage préventif, ce sont des injections à réaliser chaque jour à la même heure (Figure 20). Le patient peut faire appel à un infirmier ou les faire lui-même après avoir reçu les informations nécessaires par son pharmacien ou son infirmier. La seringue est prête à l'emploi, le patient doit suivre le protocole suivant :

- se laver soigneusement les mains,
- désinfecter la zone d'injection avec un coton imbibé d'alcool modifié, en général au niveau de l'abdomen en alternant entre le côté droit et gauche chaque jour,

- retirer le bouchon de protection de l'aiguille,
- pincer la zone désinfectée entre deux doigts pour faire un pli dans la peau,
- piquer avec la seringue perpendiculaire à la peau. Introduire toute l'aiguille puis appuyer sur le piston jusqu'au bout avec le pouce,
- retirer délicatement l'aiguille dans l'axe,
- jeter l'aiguille dans un container DASRI (Déchets d'activités de soins à risques infectieux).

Il existe également des vidéos explicatives pour l'utilisation des seringues préremplies d'énoxaparine sodique.

Le pharmacien prendra le temps d'expliquer la manipulation au patient, on peut aussi lui proposer de faire venir une infirmière à son domicile pour faire l'injection avec lui le premier jour. Le pharmacien distribuera également une boîte DASRI pour l'élimination des déchets, et lui indiquera de la rapporter à la pharmacie dès que la boîte est complète.

INSTITUT CURIE St CLOUD 35 rue Dailly 92210 Saint-Cloud Finess : 75 0 16001 2	
Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)	
Le 06/10/2022	
LOVENOX 4000 UI seringue pré-remplie : 1 injection sous cutané par jour à débiter à 24h du geste chirurgical pour 1 semaine QSP 1 semaine	
Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée reconnue (MALADIES INTERCURRENTES)	

Figure 20 : Ordonnance prévention thrombo-embolique

Pour prévenir également le risque thrombo-embolique, le patient devra également porter des bas de contention de classe II (Figure 21). Pour la prise de mesure le pharmacien prendra le tour de cheville, de mollet ainsi que de la cuisse à l'endroit le plus fort, ainsi que la hauteur de la jambe, ces prises de mesures permettront d'avoir des bas de compression adapté au patient. Ces bas de compression permettront que le retour veineux s'effectue correctement si le patient ne peut pas se déplacer.



Figure 21 : Prise de mesure de bas de contention (Sigvaris)

Le tabac est aussi un sujet à aborder avec le patient, car il augmente le risque de complications chirurgicales et ralentit la cicatrisation. Le pharmacien pourra lui conseiller de consulter son médecin ou un tabacologue pour obtenir une prescription de substituts nicotiques et avoir un suivi de son sevrage tabagique. Dans un premier temps, le pharmacien évaluera la consommation de tabac grâce au test de FAGERSTRÖM (Annexe 1) (44) et conseillera au patient les substituts nicotiques adaptés.

Radiothérapie :

Si le parcours de soins du patient comprend de la radiothérapie externe, une consultation avec un manipulateur en radiothérapie aura lieu en complément d'une consultation avec le médecin. Il présentera le schéma thérapeutique, le déroulement des séances ainsi que les conseils sur la prévention des potentiels effets indésirables. Avant de commencer le traitement, le patient devra passer un scanner de simulation, qui va permettre de délimiter précisément la tumeur pour cibler la zone à irradier et préserver les organes sains.

La radiothérapie ne nécessite pas de traitements médicamenteux avant ou après les séances, cependant il existe de multiples effets indésirables certains sont dits immédiats d'autres tardifs qui peuvent eux nécessiter un traitement ou un accompagnement. Ce sont les effets indésirables immédiats qui peuvent amener le patient à consulter son pharmacien. Il peut avoir des troubles urinaires qui se manifestent par des envies fréquentes d'uriner, des

difficultés à uriner parfois associées à des brûlures ou des saignements. La radiothérapie induit également des réactions cutanées, le patient présente une rougeur intense de la peau, au niveau du sillon inter-fessier, des plis de l'aîne et du ventre.

Voici les conseils adaptés pour la radiothérapie :

- boire beaucoup d'eau, non gazeuse,
- limiter le thé et le café,
- éviter alcool et tabac,
- utiliser un savon surgras,
- utiliser une crème hydratante sur la zone agressée,
- ne pas mettre la crème hydratante avant la séance de radiothérapie.

Chimiothérapie :

La chimiothérapie est un traitement médicamenteux administré par voie intraveineuse, elle peut être utilisée seule ou en complément de la chirurgie ou de la radiothérapie pour détruire les cellules qui n'auraient pas pu être éliminées, on parle alors de chimiothérapie adjuvante.

La chimiothérapie va d'abord nécessiter la pose d'une chambre implantable, la pose aura lieu lors d'une courte intervention chirurgicale sous anesthésie locale. Le dispositif est composé de la chambre implantable, d'un petit boîtier, d'un tuyau et un cathéter inséré dans une veine et va rester en place pendant toute la durée du traitement.

Avant chaque cure, une prise de sang et un examen clinique seront réalisés pour évaluer l'état de santé du patient et poursuivre le traitement. En cas d'une baisse du taux de leucocytes, la cure de chimiothérapie pourra être reportée.

La chimiothérapie n'est pas utilisée en première intention dans un CaP, elle est utilisée après un échec d'hormonothérapie. Ce traitement induit un grand nombre d'effets indésirables, il faudra que le pharmacien accompagne son patient tout au long de ses cures de chimiothérapies en lui délivrant les médicaments prescrits et en accompagnant ces délivrances de conseils. (Figure 22) Les effets indésirables principaux des chimiothérapies vont être les nausées et vomissements, les aphtes ou mycoses buccales, les diarrhées, les remontées acides et les douleurs. La chute des cheveux et la fragilisation de la peau peuvent également survenir.

INSTITUT CURIE St CLOUD
35 rue Dailly
92210 Saint-Cloud

Finess : 75 0 16001 2

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTIION EXONERANTE)

06/10/2022

Traitements pour la gestion des effets secondaires :

Traitement contre les nausées :

1) En systématique :

- . **EMEND** 125 mg le jour de la chimiothérapie (1h avant)
et 80 mg par jour le lendemain et le surlendemain (ordonnance d'exception ci-jointe)
- . **ZOPHREN** 8mg : 1 prise matin et soir si nausées pendant les 48h après la chimiothérapie
- . **PREDNISONNE** 20mg : 2 comprimés le matin, les deux jours après la chimiothérapie

2) *Si besoin :*

- . **PRIMPERAN** 10mg : 1 comprimé en cas de nausées, jusqu'à 3 fois par jour maximum
- . *Si ensemble des traitements insuffisants : prendre **OLANZAPINE** 5mg 1 fois par jour le soir*

Bains de bouche :

1) En systématique :

- . **BICARBONATE DE SODIUM** 1,4% : 3 à 6 fois par jour (au minimum après chaque repas)

2) *Si besoin :*

- . *Si mycose buccale, ajouter **FUNGIZONE** 1 cuillère 3 fois par jour après les bains de bouche (se rincer la bouche 2-3 minutes puis avaler) pendant 7 jours.*
- . *Si aphtes douloureux, **LIDOCAINE VISQUEUSE** 2% (à appliquer sur les zones douloureuses à distance des repas et à ne pas avaler)*

Patchs à poser sur la chambre implantable 1h avant chaque chimiothérapie :

- . **EMLA** patch, 6 unités

En cas de diarrhées :

- . **IMODIUM** 2mg : 1 gélule après chaque selle liquide, ne pas dépasser 6 par jour

En cas de brûlures d'estomac (en particulier sous PREDNISONNE) :

- . **PANTOPRAZOLE** 20 mg : 1 comprimé/j le soir en cas de brûlures d'estomac

En cas de douleurs :

- . **PARACETAMOL** 1g : jusqu'à 4 fois par jour **Ordonnance pour une durée de 3 mois**

Figure 22 : Exemple d'ordonnance pour accompagnement d'une chimiothérapie

Pour les antiémétiques, on retrouve principalement l'Emend® (Aprépitant) qui est un antagoniste des récepteurs NK1. La posologie est répartie en 3 prises, une 1 h avant la chimiothérapie, une le lendemain et une le surlendemain. On peut également retrouver une autre classe médicamenteuse : les sétrons. L'ondansétron est très efficace, la dose recommandée est de 8 mg toutes les 6 h. Les corticoïdes sont également utilisés pour traiter les nausées induites par la chimiothérapie, leur mode d'action reste cependant mal connu.

Le pharmacien délivrera des conseils alimentaires pour faire face aux nausées et aux vomissements :

- boire en petite quantité, gorgée après gorgée ou à la petite cuillère les boissons souhaitées. Boire entre les repas,
- éviter les aliments trop gras ou épicés, manger ce qui fait envie,
- prendre plusieurs repas légers dans la journée, et privilégier les aliments froids et moins odorants,
- consommer des tisanes de gingembre frais.

La chimiothérapie induit une baisse de l'immunité et un déséquilibre de la flore buccale. Pour prévenir les mycoses buccales, il est recommandé au patient de réaliser des bains de bouche avec du bicarbonate de sodium 1,4% plusieurs fois par jour. Le pharmacien rappellera également au patient de se brosser les dents après chaque repas avec un dentifrice adapté sans trop appuyer. Il pourra également lui conseiller une brosse à dents souple pour éviter les douleurs gingivales. En cas d'apparition de mycoses, le traitement se fera par fungizone® un antimycosique en suspension buvable qui s'utilisera en bain de bouche. La lidocaïne visqueuse pourra également être utilisée pour anesthésier les douleurs liées à celles-ci.

Des patchs anesthésiants sont également prescrits pour anesthésier la zone de la chambre implantable. Ce boîtier placé sous la peau est relié à un cathéter lui-même inséré dans une veine centrale. Lors de la séance de chimiothérapie, l'infirmière viendra piquer au niveau du réservoir de la chambre pour injecter la chimiothérapie. La pose de cette chambre implantable se fait au bloc opératoire, sous anesthésie locale.

L'un des effets fréquents des chimiothérapies sont les diarrhées. Régulièrement de l'Imodium® (lopéramide) est prescrit pour stopper ces diarrhées. Les conseils associés seront de favoriser une alimentation faible en fibre et produits laitiers, il faudra privilégier les aliments comme le riz, les pâtes, les carottes cuites et les fruits cuits. De plus les diarrhées peuvent induire des déshydratations, il conviendra de rappeler de bien s'hydrater.

L'automédication n'est pas recommandée pendant la chimiothérapie, il est important de mettre en garde le patient sur la prise de certains compléments alimentaires.

La fin des traitements qui ont lieu à l'hôpital comme l'opération, la chimiothérapie et les rayons, marque une étape dans le parcours de soins du patient, c'est un temps de rupture médicale qui peut être vécu comme un sentiment d'abandon. Pour les patients qui sont traités par anticancéreux oraux, cette étape est rapide et parfois anxiogène.

La fin des traitements, c'est aussi une période difficile pour le corps. Le patient est souvent épuisé et l'image de soi est bouleversé : cicatrices, chute de cheveux, prise ou perte de poids, brûlures...

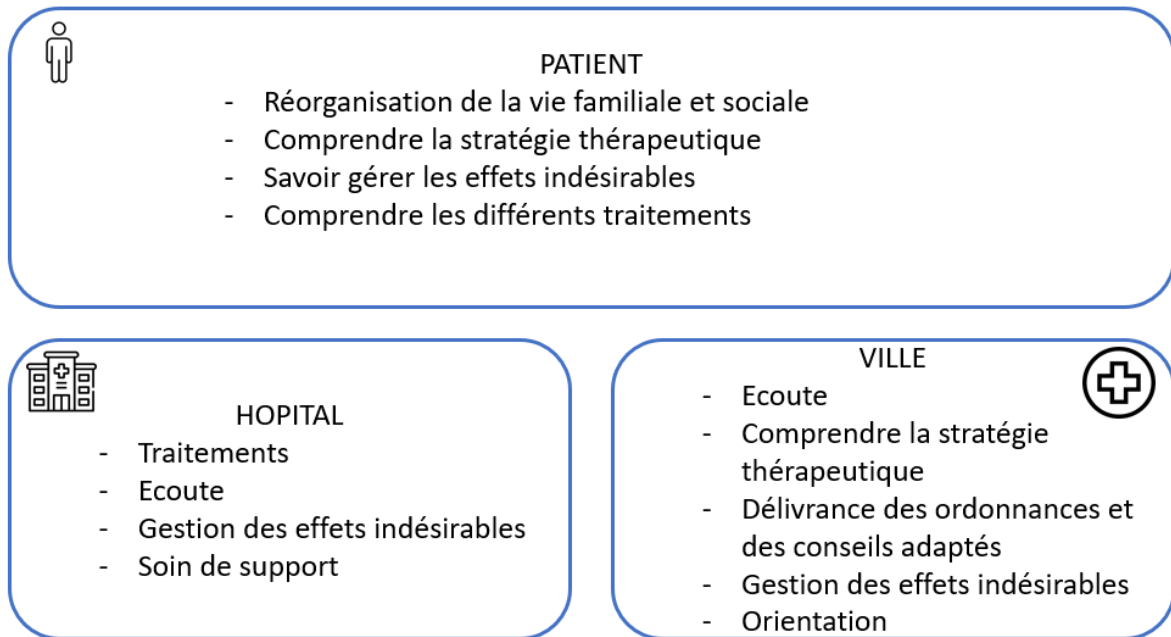


Figure 23 : Infographie temps des traitements hospitaliers

3.2.2 Traitements en ville

Dans le cancer de la prostate, l'hormonothérapie a une place de choix pour le traitement des patients, la plupart des patients atteints de CaP vont donc être traités en ville. Le traitement des patients en ville est un avantage considérable car ils n'ont plus à se déplacer régulièrement à l'hôpital et les effets indésirables sont moins importants. Cependant certains patients ressentent les traitements par voie orale comme un traitement qui a moins d'efficacité, le pharmacien a un rôle primordial pour expliquer qu'un traitement par voie orale n'est pas moins efficace et que l'efficacité du traitement dépend en grande partie de l'observance du patient.

Pour les traitements en ville, l'important pour le patient va être l'observance et de savoir gérer les effets indésirables à la maison. Pour accompagner le patient dans ce traitement, des séances d'éducation thérapeutique à l'hôpital ainsi qu'à l'officine vont être mises en place pour rendre le patient acteur de son traitement (Figure 24). A l'officine, ce sont les entretiens pharmaceutiques qui permettront de revoir avec le patient en détail son traitement (développés dans la partie 4 de ce manuscrit).

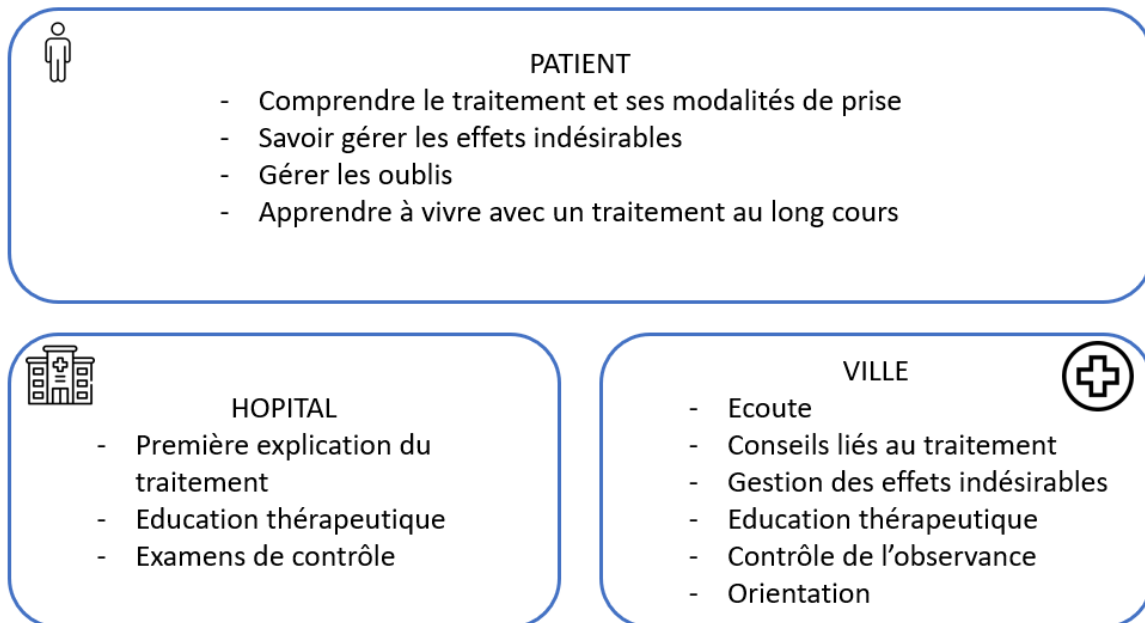


Figure 24 : Infographie temps des traitements en ville

3.3 Après cancer

L'après cancer est une notion subjective, c'est le patient qui définit son « après cancer ». Pour certains patients c'est après l'opération, d'autres après la chimiothérapie, au moment de la reprise du travail, ou à la fin de l'hormonothérapie.

Chaque personne se reconstruit différemment, certains reprennent leurs vies comme avant sans rien changer, d'autres changent d'état d'esprit, de travail, leur vie familiale, revoient le sens de la vie, et d'autres ne se remettent que difficilement de la maladie. La personne peut rester marquée par les traitements et ressentir une fatigue importante, ou certaines séquelles physiques. Ces modifications peuvent provoquer un bouleversement psychologique, il est parfois difficile pour le patient d'accepter qu'il n'est parfois pas possible de retrouver leur « vie d'avant ». Parfois l'angoisse peut resurgir notamment aux dates anniversaires (annonce du cancer, opération, début de chimiothérapie...) et lors des examens de suivi (Figure 25).

C'est aussi un moment durant lequel le patient peut se sentir abandonné, par les soignants mais aussi par les aidants qui sont moins présents et qui ont besoin eux aussi de se reconstruire.

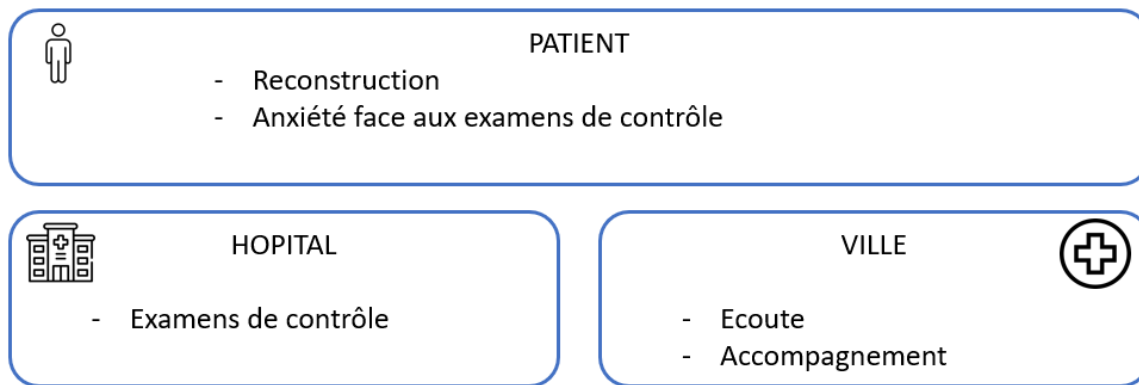


Figure 25 : Infographie « Après cancer »

3.4 Accompagnement de l'entourage

Tout au long du parcours de soins, le patient va être entouré par sa famille, ses amis... Certaines personnes ont un rôle particulier, ils apportent une aide régulière au patient pour l'accompagner dans sa vie quotidienne, ce sont les aidants. Ce sont des acteurs de soins à part entière, ils doivent assumer un rôle auquel ils n'ont pas été préparés. Le pharmacien a une place de choix notamment dans l'accompagnement de l'entourage du patient de par sa proximité et son accessibilité. Les aidants qui accompagnent un patient atteint de CaP sont dans la majorité des cas sa femme et/ou ses enfants. L'aidant met souvent entre parenthèse ses émotions pour s'occuper pleinement du patient. Mais les études montrent que 20 à 30% des proches des patients atteints de cancer présentent un trouble psychopathologique. (45)

Chaque temps de la prise en charge impacte l'aidant. L'annonce est un moment de crise dans lequel l'aidant fait face à des sentiments comme la peur, la vulnérabilité, l'impuissance. Ces sentiments sont atténués lorsque les traitements débutent car le malade est pris en charge par les professionnels de santé, c'est un moment rassurant pour l'entourage. Ils vont ensuite gérer les effets indésirables qui impactent le patient. Le temps de la guérison est un temps où l'aidant s'éloigne du malade pour se recentrer sur lui, mais l'anxiété est toujours présente notamment lors des nouveaux examens de contrôles.

Avec un système de santé qui évolue vers une médecine ambulatoire, ou une médecine à domicile, les aidants sont devenus des acteurs du parcours de soins, il est nécessaire de les considérer comme tel et de les intégrer dans la prise en charge thérapeutique. (45)

3.5 Echanges entre ville et hôpital

Le parcours du patient est encadré par les professionnels de santé en ville ainsi que ceux de l'hôpital. Pour que la prise en charge soit la plus efficace, il faut que les professionnels puissent échanger entre eux facilement. Dans un premier temps, les soignants hospitaliers peuvent communiquer le PPS du patient aux soignants en ville, ce qu'il leur permet de mieux comprendre le parcours du patient et de pouvoir lui réexpliquer en cas de besoin. A l'inverse, les soignants en ville peuvent faire remonter les potentiels effets indésirables impactant la vie du patient, les interactions médicamenteuses, les difficultés d'observance, ainsi que leurs impressions sur le moral du patient. Toutes ces informations peuvent leur permettre de décider ensemble d'une modification de traitement, d'une adaptation ou d'ajout de thérapies complémentaires. La communication permet aussi d'éviter les erreurs médicales ou les doubles prescriptions. Cependant, ce lien entre la ville et l'hôpital n'est pas si facile, il est souvent compliqué pour les professionnels de ville de contacter les professionnels hospitaliers. Pour la partie médicamenteuse, de plus en plus de contacts entre la pharmacie hospitalière et l'officine se font notamment dans le cadre des entretiens pharmaceutiques. Aujourd'hui l'utilisation des messageries sécurisées de santé doit permettre une communication facile entre les professionnels à condition que tous les professionnels en soient équipés. Les données échangées sont des données de santé ; il est important qu'elles transitent via une messagerie sécurisée. (46)

4 PARTIE 4 : EDUCATION THERAPEUTIQUE A L'OFFICINE : ZOOM SUR LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES

Pour mettre en place ces entretiens, le pharmacien doit avoir des outils adaptés et clairs à présenter au patient. L'objectif principal de ce projet est la création de différents outils adaptés à la ligne directrice des entretiens pharmaceutiques.

4.1 Entretiens pharmaceutiques en oncologie

4.1.1 Avenant n°21 à la convention nationale pharmaceutique

Les progrès en oncologie ont permis le développement de nouveaux traitements par voie orale qui présentent de nombreux avantages, notamment sur la qualité de vie des patients en comparaison aux traitements par voie intraveineuse. Le développement des traitements anticancéreux oraux et l'augmentation de leur utilisation ces dernières années a fait apparaître de nouveaux enjeux tels que la bonne observance et la surveillance des effets indésirables. Ces effets indésirables surviennent le plus souvent en ville et mobilisent particulièrement les professionnels exerçant en ville : les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers libéraux. Les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de ces patients doivent donc se coordonner pour apporter un accompagnement personnalisé et renforcé à ces patients. De plus les patients sont confrontés à une difficulté d'accès aux professionnels de santé, à l'hôpital comme en ville, le pharmacien est un professionnel de santé accessible facilement pour tous, il a donc un rôle clé dans la prise en charge des patients.

Le 30 septembre 2020, l'avenant n°21 à la convention nationale pharmaceutique est paru au journal officiel et comprends 3 volets. Il permet la mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques pour les patients sous anticancéreux oraux, il précise les modalités de rémunérations de ces entretiens, et prévoit de valoriser la participation des pharmaciens à la prise en charge coordonnée des patients. (47)

La convention précise que ces entretiens se déroulent en plusieurs étapes. Tout d'abord l'intégration du patient se fera par le pharmacien lors de discussion au comptoir. Ces entretiens concernent toutes les personnes sous anticancéreux oraux de plus de 18 ans, qu'ils soient en initiation ou en cours de traitement. Le recrutement du patient dans ce dispositif

d'accompagnement devra être formalisé par une adhésion. Ce bulletin d'adhésion est disponible sur le site Ameli (Annexe 2). L'adhésion du patient au dispositif doit être communiquée au médecin traitant et/ou au prescripteur du traitement anticancéreux pour assurer une continuité des soins et une sécurité dans la prise en charge. Ce document doit être conservé par le pharmacien ainsi que le patient. (48)

La prise en charge commence par une analyse complète des interactions possibles entre les traitements pris par le patient. Pour cela, le pharmacien dispose des outils habituels tels que le Vidal, Thesaurus, ou les fiches de l'OMEDIT. Il peut également entrer en contact avec les différents prescripteurs pour obtenir plus de précisions sur les prescriptions, mieux comprendre le schéma thérapeutique ou discuter d'éventuelles interactions médicamenteuses. Il est important de contacter le prescripteur pour connaître les explications données au patient au préalable.

Pour que les entretiens soient bénéfiques pour le patient, il est important de rappeler les objectifs en début de séance et lui faire comprendre l'intérêt de ceux-ci. De plus le pharmacien devra adapter son discours en fonction de la compréhension du patient ainsi que de ses connaissances sur sa pathologie et ses traitements. Les mots doivent être simples, et d'usage courant, pour éviter de créer une barrière avec l'utilisation de termes médicaux que le patient ne comprend pas forcément. Ce n'est pas un cours ou une présentation au patient de ses traitements, il faut que la séance soit interactive. Il est important de laisser le patient parler et exprimer ses émotions, ses attentes ou ses craintes, cela permettra au pharmacien de mieux comprendre le patient, et les représentations qu'il a de sa maladie ou du traitement. En encourageant le patient pour ses efforts et ses acquis, cela renforcera sa motivation et son adhésion aux entretiens. Pour finir il est nécessaire de savoir si le patient a des questions à la fin de l'entretien, et lui rappeler que s'il a d'autres questionnements il pourra s'adresser à son pharmacien. (48)

4.1.2 Premier entretien : recueil des informations

Le premier entretien est un entretien au cours duquel le pharmacien recueille les informations générales sur le patient. Il est important de demander au patient d'apporter son dossier

médical avec lui pour ne pas oublier certaines ordonnances, comptes rendus... Il conviendra également de lui demander d'apporter la documentation déjà fournie par l'hôpital pour ne pas multiplier les supports et éventuellement se baser dessus pour conclure les entretiens.

- Nom et prénom,
- Age,
- Numéro de sécurité sociale,
- Régime d'affiliation,
- Adresse,
- Poids et taille (IMC),
- Nom du ou des traitements anticancéreux oraux prescrits,
- Autres traitements médicamenteux au long cours,
- Autres médicaments/produits consommés par le patient,
- Habitudes de vie (alimentation, alcool, tabac, activité physique, sport de contact, activité manuelle, déplacement, voyage...),
- Allergies et intolérances,
- Identification des situations nécessitant une assistance (difficultés motrices, cognitives, sensorielles, sociales),
- Nom du médecin traitant et coordonnées du service d'oncologie. (49)

Dans un second temps, le pharmacien évaluera les connaissances du patient sur son traitement, en lui posant des questions simples. Cela permettra d'évaluer le niveau de connaissance du patient sur son traitement après les premières informations qu'il a reçues à l'hôpital ou lors de la délivrance du traitement. Il est important d'avoir contacté l'équipe hospitalière avant ce premier entretien pour savoir ce qui a été dit au patient et avoir le même discours. C'est un moment de reformulation et d'écoute du patient, grâce à cette séance le pharmacien pourra également évaluer le ressenti du patient face à son traitement. Certains patients ne comprennent pas l'intérêt d'un traitement par voie orale et se sentent même abandonnés par l'équipe médicale avec ce type de traitement. Il est important de rappeler au patient l'objectif du traitement et l'importance de la bonne observance sur l'efficacité du traitement.

Enfin pour terminer cet entretien initial le pharmacien rappellera les modalités d'administration du traitement, le schéma thérapeutique, les règles de conservation ainsi que

la conduite à tenir en cas d'oubli ou de prise multiple. Il conviendra également de rappeler au patient les risques de l'automédication, et des potentielles interactions médicamenteuses. Il est recommandé qu'il demande l'avis de son médecin ou de son pharmacien avant la prise d'un nouveau traitement. Aux contre-indications médicamenteuses se rajoutent les contre-indications vaccinales et alimentaires qu'il faudra également évoquer avec le patient. Pour chaque séance il existe une trame disponible sur le site Ameli (Annexe 3). (50)

4.1.3 Deuxième entretien

Lors du second entretien, les thèmes abordés seront la gestion des effets indésirables et la vie quotidienne. Au quotidien le patient va être confronté à différents problèmes. Le traitement étant pris en ambulatoire, il sera plus difficile de pouvoir consulter l'équipe médicale comparé à un traitement pris à l'hôpital. Il faudra donc évoquer les structures à disposition du patient, les centres oncologiques dans lesquels il est possible de consulter des psychologues, des sexologues, des diététiciens, des socio-esthéticiennes et également les réseaux de santé proches de son domicile pour assurer la continuité des soins.

La gestion des effets indésirables est une notion primordiale des entretiens pharmaceutiques. Il existe un grand nombre d'effets indésirables liés aux anticancéreux oraux, l'Assurance Maladie a donc rédigé des fiches « guides » pour chaque médicament, ces fiches sont disponibles sur le site Ameli (Annexe 4). Le but de l'entretien ne va pas être de lister les différents effets indésirables du traitement pris par le patient, mais davantage de lui demander ce qu'il ressent avec le traitement. Cela permet au patient de s'exprimer sur ce qu'il ressent vis-à-vis de son traitement, ce qu'il a remarqué depuis la prise de celui-ci. Le rôle du pharmacien va être de guider le patient pour savoir à quelle fréquence apparaissent ces effets indésirables, leurs durées, leurs intensités, et l'impact qu'ils ont sur le quotidien du patient. Il faut apprécier l'impact de ceux-ci pour évaluer s'ils pourraient entraîner une mauvaise observance voire un arrêt du traitement. Un échange avec le médecin généraliste ou le médecin traitant est nécessaire pour adapter la prise en charge dès le début des effets indésirables. Lorsque le recueil de ces informations est réalisé, le pharmacien apportera différents conseils au patient pour faire face à ces effets indésirables. Le cancer est très souvent associé à des douleurs que ce soit lié à la maladie ou aux traitements, la prise en

charge de ces douleurs peut elle aussi entrainer des effets indésirables. Les principaux effets indésirables des patients sont les effets digestifs, les douleurs, les anomalies des phanères, les céphalées et les éruptions cutanées.

La survenue de ces effets indésirables doit faire l'objet d'une déclaration auprès du Centre Régional de Pharmaco-Vigilance par le pharmacien, le médecin ou le patient, tous les effets indésirables, même connus, doivent être déclarés.

Ensuite les trois grands axes de la vie quotidienne à aborder seront l'alimentation, l'activité physique ainsi que la sexualité. Pour la partie alimentation, il faudra rappeler qu'au cours d'un traitement par anticancéreux oraux il est important de bien contrôler le poids du patient ; en effet toutes variations de poids peuvent entrainer une adaptation de la posologie du traitement. De plus les patients sous hormonothérapie anti-androgénique sont plus à risque de prendre du poids. Il conviendra de donner les principes de base d'une alimentation variée et équilibrée pour limiter cette prise de poids. A l'inverse en cas de perte de poids trop importante, en particulier chez le sujet âgé, on conseillera différentes manières d'enrichir l'alimentation pour stopper cette perte de poids. Pour ce faire il est important de connaître les habitudes alimentaires du patient, on peut lui demander de nous dire ce qu'il a mangé lors de ses derniers repas pour nous donner une idée et quels sont les aliments qui lui font plaisir.

On évoquera également l'intérêt d'une pratique physique adaptée ; en effet elle diminue certains effets secondaires comme la fatigue, la perte de masse musculaire et la prise de poids. Elle donne également une meilleure image de soi, et permet de se réapproprier son corps, elle peut également permettre de faire des rencontres et d'améliorer la vie sociale du patient. Elle est également associée à une réduction du risque de récives de certains cancers, réduction de 57% du risque de récive dans le cancer de la prostate. L'activité physique ne correspond pas uniquement à la pratique de sport, elle comprend tous les mouvements de la vie quotidienne, les déplacements (vélo, à pied, monter les escaliers...), les tâches domestiques (ménage, bricolage, jardinage...). Si un patient est actif, voire très actif, il faudra l'encourager dans ces pratiques (s'il n'y a pas de contre-indications). Si un patient est plutôt inactif, on pourra lui demander de se fixer différents petits objectifs simples et adaptés à la condition physique (aller à la boulangerie à pied, faire du jardinage...).

Enfin on abordera la sexualité, c'est un sujet parfois difficile à aborder au comptoir de la pharmacie, l'entretien pharmaceutique peut être un moyen d'évoquer les éventuelles

difficultés rencontrées par les patients. Il conviendra de s'adapter à chaque personne en fonction de ses perceptions, croyances... Cette partie va être importante pour le cancer de la prostate car le cancer lui-même et sa prise en charge ont des impacts sur la sexualité. La fonction érectile, l'orgasme, l'éjaculation et l'envie sexuelle sont touchés par le cancer de la prostate, ce qui peut entraîner un impact sur la confiance en soi, la vie affective, conjugale, familiale et socio-professionnelle. Le pharmacien, à son échelle, pourra donner quelques conseils mais surtout orienter le patient vers des professionnels qualifiés comme les médecins sexologues ou les psychologues sexologues. Les sexologues sont présents dans beaucoup de structures de soins, ils peuvent prendre en charge le patient ainsi que le couple pour améliorer leur quotidien.

Cet entretien permettra aussi de discuter avec le patient de ses passions, de ses projets, de ses objectifs, il faut l'encourager à retrouver « une vie normale », comme il le souhaite, en s'adaptant évidemment aux contraintes de son traitement.

4.1.4 Troisième entretien

Le troisième entretien cible l'observance du patient à son traitement. Pour évaluer cette observance on utilise le questionnaire de GIRERD, qui est composé de 4 à 8 questions simples, auxquelles le patient répond par oui ou non. Le questionnaire proposé par l'Assurance Maladie (Annexe 5) est composé de 6 questions qui sont les suivantes :

- Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre traitement ?
- Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ?
- Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?
- Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

A chaque question le patient répond par oui ou par non, chaque non est comptabilisé comme un point.

- Le patient répond non à toutes les questions : il est considéré comme bon observant
- Le patient répond non à 4 ou 5 questions : il est considéré comme observant mineur
- Le patient répond non à 3 questions ou moins : il est considéré comme non observant

Le résultat du test de GIRERD est à mettre en parallèle des deux précédents entretiens. En effet les effets indésirables, la perception que le patient a de son traitement, les multiples médicaments... sont des facteurs de mauvaise observance ; il faudra alors déceler les freins d'une bonne observance chez notre patient. Il existe des facteurs motivants l'observance et d'autres limitant l'observance du patient.

Dans les facteurs favorisant une bonne observance on retrouve : l'espoir de guérir de sa maladie, un soutien social, une bonne adhésion thérapeutique, une bonne alliance thérapeutique, une bonne hygiène de vie ainsi qu'une bonne santé mentale. Au contraire certains facteurs limitent l'observance comme : la présence d'effets indésirables, la perte de mémoire, un manque de rigueur, une mauvaise alliance thérapeutique et parfois une envie de contredire le soignant, une absence de bénéfice immédiat ou une amélioration de l'état général « je vais mieux donc j'arrête », le nombre de médicaments à prendre et le temps de prise, les horaires de prises... Tous ces facteurs sont à prendre en compte pour interpréter le questionnaire de GIRERD, et il faut adapter les conseils donnés au patient pour lever ces freins.

4.2 Entretiens pharmaceutiques dans le cancer de la prostate

Les entretiens pharmaceutiques pour les patients sous anticancéreux oraux sont très récents et avec la période de Covid 19, peu de pharmaciens ont pu les mettre en place. De plus depuis quelques années, de nombreux outils d'ETP se sont développés dans tous les domaines, et notamment en oncologie. Le pharmacien a de multiples outils pour réaliser ces entretiens mais lesquels choisir, et comment y avoir accès ? Quels sont les plus pertinents ? Sont-ils tous adaptés à tous types de cancers ? En effet dans le CaP on retrouve une population majoritairement âgée, il faut donc adapter les séances. Il faut prendre en compte que le vieillissement entraîne parfois une diminution de la compréhension, de la vue, de l'ouïe, de la mémorisation, de la concentration ou encore de la capacité à décider par soi-même. Des solutions peuvent donc être proposées comme en invitant à un aidant de participer aux entretiens, en réalisant des outils (cartes, questionnaire, fiches récapitulatives...) avec une police adaptée, ou en adaptant la durée des séances. On pourra également proposer ces entretiens à domicile si le patient ne peut pas se déplacer. De plus dans un contexte de difficulté d'accès aux soins et de pénuries de pharmaciens dans certaines officines, une solution « clé en main » semble être un outil pertinent pour le pharmacien d'officine.

Le but de cette dernière partie va donc être de construire des entretiens pharmaceutiques spécifiques au cancer de la prostate pour réaliser cet entretien sans se perdre dans les nombreuses informations disponibles. Dans un premier temps il faudra définir un référentiel de compétences pour le patient. Qu'est-ce qu'on souhaite lui apporter ? Que doit-il être capable de savoir ou de faire ? Dans un second temps, on reprendra les trames des entretiens pharmaceutiques pour les patients sous anticancéreux oraux pour les adapter spécifiquement au CaP et ses traitements. Comment mettre en place ces entretiens ? Quels sont les points importants à aborder ? Quels types d'outils sont les plus appropriés pour chaque séance ? Pour évaluer l'impact de ces entretiens, on évaluera les connaissances et représentations du patient au début des entretiens ainsi que lors de la dernière séance. Quelles sont les méthodes les plus adaptées pour évaluer ces entretiens ? Pour finir, ces entretiens doivent être transmis aux autres professionnels de santé qui accompagnent le patient en ville mais aussi à l'hôpital. Comment optimiser un compte rendu d'entretien destiné aux autres professionnels de santé pour qu'il soit complet et facile à exploiter ?

4.2.1 Référentiel de compétences pour le patient

SAVOIR	SAVOIR-FAIRE	ATTITUDES
<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre sa maladie : <ul style="list-style-type: none"> ○ Parler de cancer ○ Parler de métastases ○ Parler de récurrence - Comprendre la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nommer ses médicaments ○ Comprendre le rôle de ses traitements « à quoi ça sert ? » ○ Connaître les effets indésirables des traitements ○ Comprendre l'importance d'une bonne observance - Vie quotidienne : <ul style="list-style-type: none"> ○ Connaître l'intérêt d'une alimentation saine ○ Connaître l'intérêt d'une activité physique ○ Connaître l'effet d'une variation de poids sur le traitement ○ Connaître l'impact du traitement sur la vie sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir reconnaître les symptômes dus à la pathologie et ceux dus aux traitements - Reconnaître les situations « d'urgence » - Savoir adapter son quotidien : <ul style="list-style-type: none"> ○ Savoir s'automédiquer ○ Gérer son stock de médicaments ○ Gérer son plan de prise ○ Savoir quoi faire en cas d'oubli ○ Connaître son périmètre de marche ○ Savoir quels aliments sont bénéfiques ou au contraire à éviter 	<ul style="list-style-type: none"> - Communiquer sur sa maladie et son traitement <ul style="list-style-type: none"> ○ Savoir expliquer la maladie à son entourage ○ Alerter en cas d'effets indésirables ou de signes d'alertes ○ Savoir demander de l'aide ○ Savoir exprimer ses inquiétudes et difficultés à son entourage ou aux soignants - Réagir : <ul style="list-style-type: none"> ○ En cas de fièvre ○ En cas de douleurs ○ En cas d'effets indésirables - Vie quotidienne : <ul style="list-style-type: none"> ○ Prendre son traitement tous les jours ○ Choisir les bons aliments ○ Pratiquer une activité physique adaptée

Tableau 1 : Référentiel de compétences pour un patient traité par anticancéreux oraux pour cancer de la prostate

4.2.2 Conducteur de séance

4.2.2.1 Premier entretien

Pour élaborer ces conducteurs de séances, je m'appuie sur les ressources disponibles sur le site Ameli qui constitue une base importante mais insuffisante pour réaliser une bonne séance d'ETP. Le patient peut s'il le souhaite être accompagné d'un aidant, cet aidant doit être intégré dans l'entretien sans y prendre toute la place. L'aidant peut également être une ressource importante en fonction de la compréhension du patient.

On peut commencer le début de la séance en évaluant les émotions du patient à l'aide des cartes COMETE (Annexe 6). Ces cartes représentent différentes émotions et permettent de nous donner une idée sur le ressenti du patient à cette période. (51)

Recueil des informations :

Tout d'abord, le pharmacien recueillera les informations du patient en remplissant la fiche mise à disposition par l'assurance maladie, il existe une fiche pour chaque traitement (Annexe 2).

Recueil des habitudes de vie :

- Pouvez-vous me décrire ce que vous avez mangé cette semaine ? Prenez-vous des compléments alimentaires ?
- Consommez-vous de l'alcool ? Si oui, à quelle fréquence ?
- Est-ce que vous fumez ? Combien de cigarette fumez-vous par jour ?
- Pratiquez-vous une activité physique ? Si oui, combien de fois par semaine ? Quel type d'activité pratiquez-vous ?
- Pratiquez-vous des activités manuelles ? Quel type d'activité réalisez-vous ?
- Etes-vous amené à voyager ? Durant combien de temps ? Avec votre travail ou personnellement ?
- Avez-vous des allergies ?

Le discours du pharmacien doit s'adapter au niveau de compréhension et de connaissance du patient.

Evaluation du ressenti du patient :

Une partie de l'entretien est liée à l'évaluation du ressenti du patient vis-à-vis de son traitement ainsi que la voie d'administration.

- Connaissez-vous le nom de votre traitement ?
- Comment expliqueriez-vous votre traitement en quelques phrases ?
- Connaissez-vous la conduite à tenir en cas d'oubli ?

Avec la prise de certains anticancéreux oraux, certains patients se sentent isolés comme vu précédemment. Il est parfois difficile pour le patient d'exprimer son ressenti. On peut proposer au patient les cartes suivantes, en lui demandant pour lui quelles sont celles qui correspondent à un traitement par anticancéreux oraux (Figure 26).

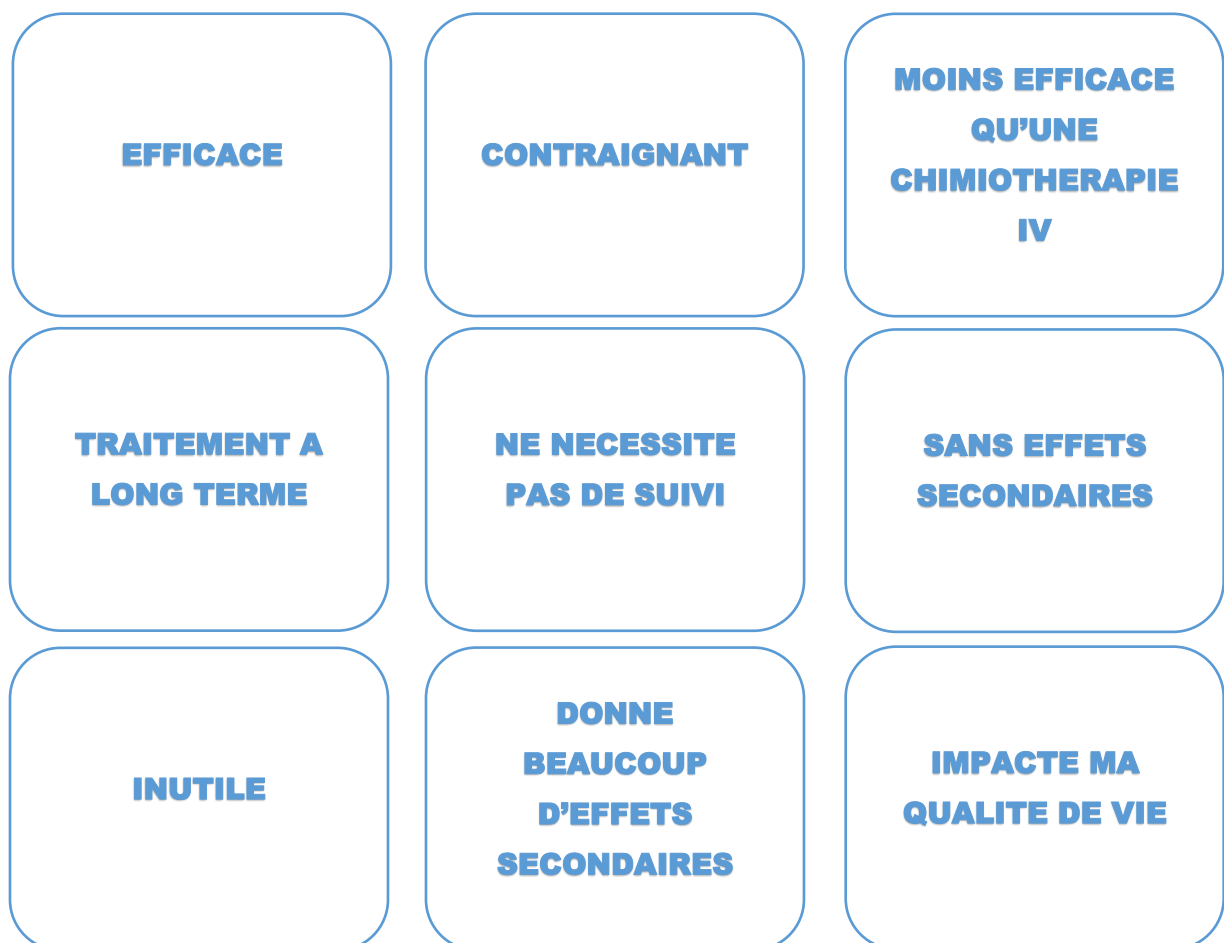


Figure 26 : Planche de cartes à découper.

On demandera au patient d'expliquer les raisons de son choix. Ensuite on revoit avec lui les cartes qu'il a choisies :

- **EFFICACE/MOINS EFFICACE QU'UNE CHIMIOTHERAPIE IV/INUTILE** : En effet les anticancéreux oraux sont tout aussi efficaces qu'une chimiothérapie par voie intraveineuse. Dans le cancer de la prostate, l'hormonothérapie est le traitement de choix en première intention.
- **CONTRAIGNANT** : La prise d'une hormonothérapie à long terme peut être contraignante mais la bonne observance du traitement permet une bonne efficacité du traitement.
- **TRAITEMENT A LONG TERME** : En effet les traitements oraux sont prescrits pour plusieurs mois/années.
- **NE NECESSITE PAS DE SUIVI** : Non, la majorité des traitements par voie orale nécessite une surveillance de la fonction hépatique, cardiaque, de la kaliémie et de la pression artérielle. De plus la pathologie nécessite un suivi clinique (TR) et un suivi du PSA, de la créatinine et de la calcémie. Les modalités et le rythme de suivi sont adaptés au cas par cas.
- **SANS EFFETS SECONDAIRES/DONNE BEAUCOUP D'EFFETS SECONDAIRES** : Les traitements par voie orale ne sont pas exempts d'effets indésirables. Chaque traitement a ses effets indésirables, la gestion de ceux-ci va être primordiale pour améliorer l'observance et donc l'efficacité.

Dans les supports mis à disposition par l'assurance maladie, la trame indique que le pharmacien doit aborder la notion d'automédication, les contre-indications, le schéma thérapeutique, la notion d'oubli ainsi que les règles de prise et de conservation. Pour aborder ces sujets, on peut mettre le patient en situation avec son aidant.

Mise en situation :

Situation n°1 : Je rentre de la pharmacie avec mes traitements. Où est-ce que je les range ?

Les comprimés sont à conserver à température ambiante, ne pas exposer au plein soleil. Ne pas déconditionner dans un pilulier.

Situation n°2 : J'ai oublié mon traitement aujourd'hui, que dois-je faire ?

Enzalutamide	En cas d'oubli de traitement à l'heure habituelle : prendre la dose dès que possible puis prendre la dose suivante le lendemain à l'heure habituelle. En cas d'oubli de plus d'une journée : attendre la dose suivante à l'heure habituelle.
Darolutamide	En cas d'oubli, prendre la dose manquée dès que possible et prendre la suivante à l'heure habituelle.
Abiratérone	En cas d'oubli, ne pas prendre la dose manquée, attendre la prise suivante.
Bicalutamide	
Nilutamide	
Olaparib	
Apalutamide	

Tableau 2 : Conduite à tenir en cas d'oubli de prise

Astuces pour ne pas oublier son traitement :

- Alarme sur le téléphone ou montre
- Application sur le téléphone
- Plan de prise affiché

Situation n°3 : Je pars en voyage en Guyane, le vaccin de la fièvre jaune est indiqué, dois-je le faire ?

Les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués avec l'olaparib, il ne sera pas possible de faire le vaccin contre la fièvre jaune. Si le patient prend de l'enzalutamide, les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués à l'exception de celui contre la fièvre jaune. Pour les autres traitements, il n'y a aucune contre-indication aux vaccins.

Situation n°4 : Pour son moral mon voisin prend du millepertuis, il me l'a recommandé, il est beaucoup mieux maintenant, qu'en pensez-vous ?

Il existe de nombreuses contre-indications et précautions d'emploi pour les anticancéreux oraux. Toute prise de phytothérapie, d'huiles essentielles et de compléments alimentaires doivent être contrôlée par le médecin ou le pharmacien. Il est important de rappeler au

patient que naturel ne signifie pas sans risque et que les compléments alimentaires ne sont pas recommandés au cours de la prise d'anticancéreux oraux.

Suite à cet entretien, le pharmacien doit remettre un plan de prise au patient, en lui rappelant les modalités de prise (Annexe 7).

Exemple :

MÉDICAMENT	ROLE	PRISE QUOTIDIENNE			REMARQUES
		MATIN	MIDI	SOIR	
Xtandi® = Enzalutamide	Anticancéreux	4 cps en 1 prise			
Decapeptyl® LP 11,25 mg					1 injection tous les 3 mois
Bisoprolol 7,5 mg	Antihypertenseur	1 au petit déjeuner			
Valsartan/Amlodipine 160/5 mg				1 au diner	
Lamaline	Antalgique	1 à 2 gélules	1 à 2 gélules	1 à 2 gélules	Espacer les prises de 4 à 6 h Ne pas prendre de paracétamol

Tableau 3 : Plan de prise

Chaque séance doit également permettre au pharmacien de détecter des éventuels signes d'alertes : détresse psychologique, abandon du traitement, isolement du patient...

En fin d'entretien on peut redemander au patient son sentiment à l'aide des cartes COMETE.

4.2.2.2 Deuxième entretien

Pour commencer le second entretien, on utilise les cartes COMETE pour connaître le ressenti du patient, on voit également si ce ressenti a évolué depuis la dernière séance. Il est important de revoir avec le patient s'il a des questions sur le précédent entretien.

Dans la deuxième séance, on aborde les effets indésirables des anticancéreux oraux et l'impact de la maladie sur la vie quotidienne. Il n'est pas nécessaire de faire la liste exhaustive de tous les effets indésirables pour inquiéter le patient, cependant il faut lui apporter les clés pour gérer ceux qu'il a déjà ou ceux qui peuvent apparaître. Il existe les fiches de l'OMEDIT Pays de la Loire à destination du pharmacien sur chacune des molécules (Annexe 8). Pour aider le pharmacien à diriger une séance d'ETP sur les effets indésirables des anticancéreux oraux, des outils sous forme de cartes ludiques sont disponibles en annexe 9.

Exemple : Cartes effets indésirables :

Quels sont les effets indésirables auxquels vous êtes confrontés ? Comment les gérez-vous au quotidien ? (Figure 27)

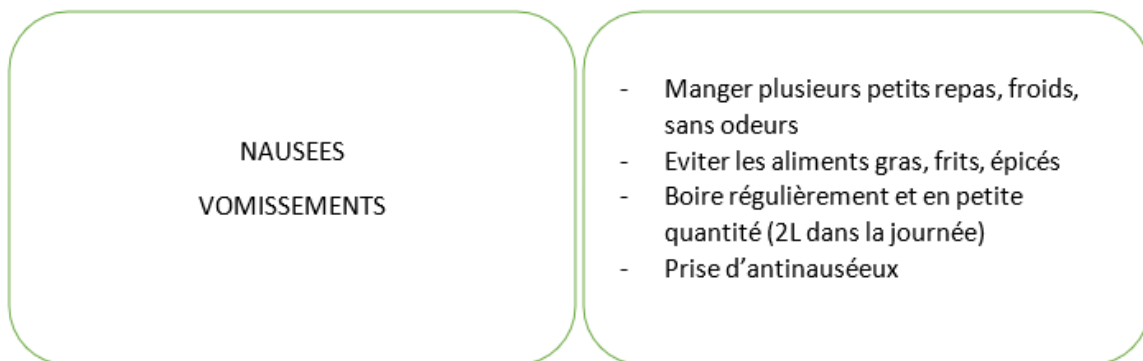


Figure 27 : Exemple de cartes effets indésirables

Utilisation : Le pharmacien pose sur la table les cartes du côté « effet indésirable » et le patient sélectionne celles auxquelles il est confronté. Le patient décrit sa manière de gérer cet effet indésirable et ensuite on retourne la carte pour développer le conseil.

Alimentation variée :

La prise d'un ACO peut entraîner une prise ou une perte de poids, il est important de rappeler au patient que toute variation de poids peut impacter l'effet du traitement. On rappellera au patient les bases d'une alimentation équilibrée en se basant sur son repas de la veille.

Qu'avez-vous mangé hier ? Est-ce un repas habituel ? Qu'est-ce qu'il y a de bien dans votre assiette ? Qu'est-ce qu'il y a de mal ?

Pour illustrer la composition d'un repas équilibré idéal, on utilisera la fiche ReCaP (Figure 28) qui permet de donner toutes les informations importantes. Le pharmacien dessinera à la façon de la fiche ReCaP (légumes, féculents, protéines, fruits, produits laitiers, eau) le repas que nous a décrit le patient pour pouvoir comparer les deux menus.

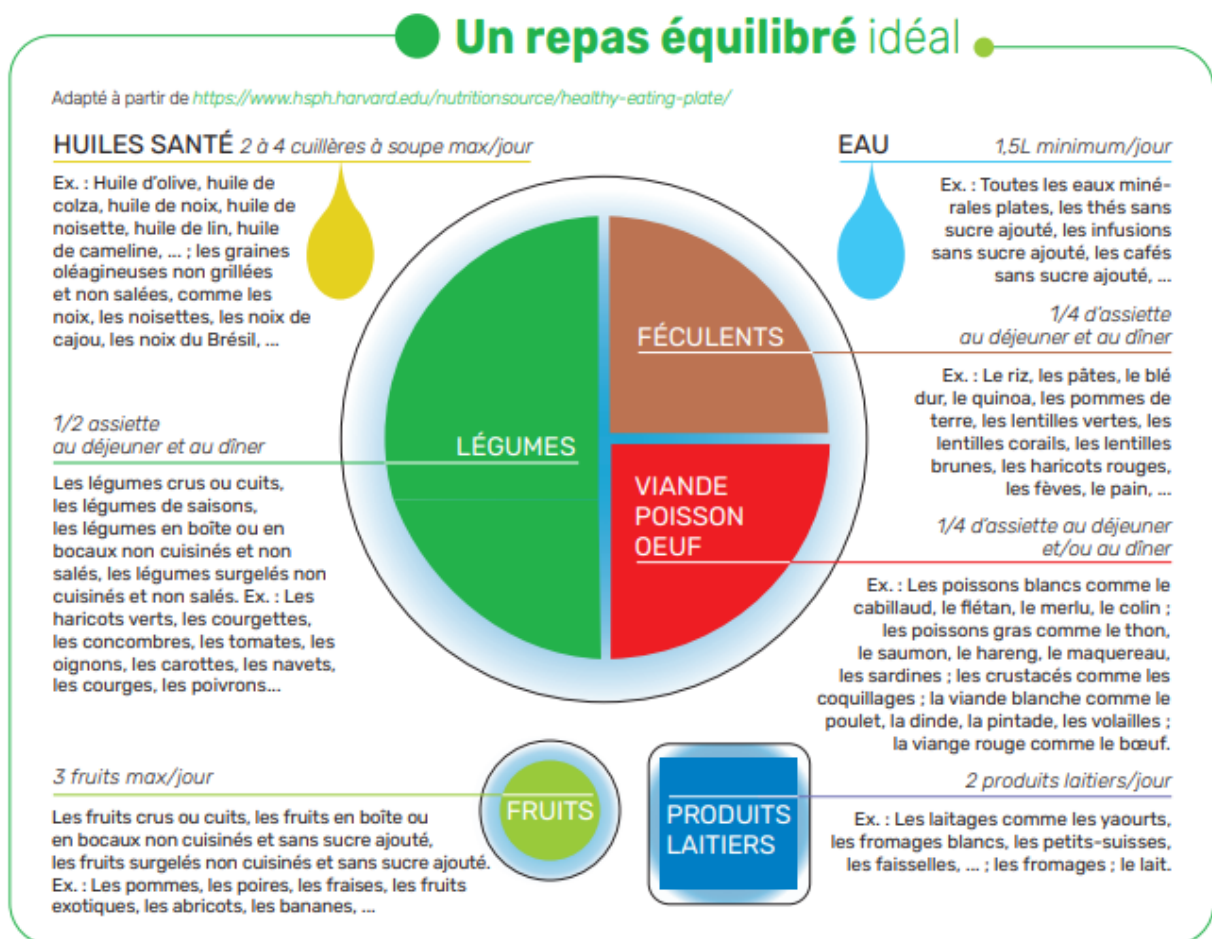


Figure 28 : Principes de base d'une alimentation variée et équilibrée issue des fiches ReCaP à destination du patient (52)

Exemple : Le patient décrit qu'il a mangé un steak de bœuf avec des pommes de terre et des haricots verts, tout a été cuit au beurre. En dessert, il a pris deux morceaux de fromage et un yaourt. Il a bu à table un verre d'eau puis un verre de vin (Figure 29).

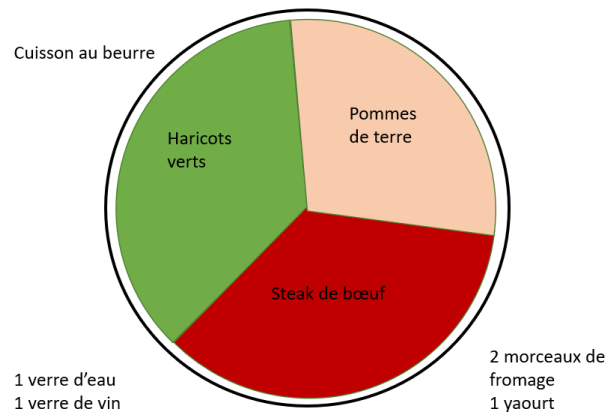


Figure 29 : Exemple d'une représentation d'un repas décrit par un patient.

A partir de ce schéma, le pharmacien pourra comparer à l'assiette idéale, il sera important d'insister sur les points positifs qui seront à conserver et de trouver avec le patient des objectifs pour améliorer son alimentation progressivement (Exemple : diminuer la quantité de viande rouge dans la semaine).

Les grandes notions importantes à aborder :

- consommer 5 fruits et légumes par jour, augmenter la consommation de fruits à coques,
- consommer une part de féculent à chaque repas, en augmentant la quantité de légumes secs consommée (lentilles, haricots, pois chiches...),
- consommer 2 produits laitiers par jour (1 yaourt + 1 fromage),
- limiter la consommation de viande rouge et de charcuterie à 2 fois par semaine,
- limiter la consommation de poisson à 2 fois par semaine,
- boire minimum 2 L d'eau par jour,
- limiter la consommation d'alcool, de boissons sucrées et de café,
- limiter les produits sucrés,
- limiter les produits salés (53).

L'activité physique adaptée :

L'OMS définit l'activité physique comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre. Une activité physique d'intensité modérée ou soutenue a des effets bénéfiques sur la santé. » La pratique d'une activité physique adaptée améliore le bien-être du patient, elle permet de réduire les effets indésirables des traitements et d'améliorer la santé physique et mentale. (54)

Quel type d'activité physique pratiquez-vous ? Pendant combien de temps par semaine ?

« L'OMS recommande pour un patient atteint de cancer ou autres affections chroniques :

- 150 à 300 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité modérée,
- 75 à 150 minutes par semaine d'endurance d'intensité soutenue,
- 2 fois par semaine du renforcement musculaire,
- de limiter le temps de sédentarité,
- 3 fois par semaine pratiquer des activités favorisant l'équilibre. » (54)

Qu'est-ce qui vous limite dans la pratique d'une activité ?

Il faut enlever les idées reçues sur l'activité physique.

- L'activité physique ne doit pas être douloureuse.
- Il n'y a pas de limites d'âges pour pratiquer une activité physique.
- L'activité physique ne doit pas être fatigante. Au contraire l'activité physique est un des moyens pour lutter contre la fatigue liée à la maladie cancéreuse, elle permet de diminuer de 36% ce symptôme. (55)
- L'activité physique n'est pas uniquement la pratique d'un sport, toutes les activités de la vie quotidienne qui nécessitent d'être en mouvement sont bénéfiques pour le corps.

Qu'est-ce que vous aimez ? Fixer un petit objectif avec le patient.

En fonction de l'activité du patient, il est possible de l'inciter à se fixer un petit objectif. Cet objectif doit être réalisable et choisi par le patient, ce doit être une activité qu'il apprécie.

Exemple : Mr X va chercher son pain tous les matins en voiture, la boulangerie est à 10 minutes à pied, il va désormais y aller à pied tous les matins, cela lui permettra de marcher 20 minutes tous les matins.

On reparlera avec lui de cet objectif au comptoir ou lors du prochain entretien pour savoir s'il a réussi. S'il a réussi, on peut voir avec lui s'il est capable de se fixer de nouveaux objectifs plus importants. S'il n'a pas réussi, ce n'est pas grave, on peut l'aider à trouver un objectif plus raisonnable (Ex : Aller à pied à la boulangerie 1 à 2 fois par semaine), ou changer d'objectif car cela ne lui correspond pas (Ex : Faire son jardin, ou pratiquer de la gymnastique douce).

Il est important de présenter au patient les structures d'activités qui peuvent exister autour de son lieu d'habitation. Certaines associations sont également présentes dans les centres d'oncologie. De plus il peut être intéressant pour le patient de consulter son médecin ou son kinésithérapeute qui pourront lui donner des conseils sur des exercices adaptés.

La sexualité :

Les impacts du cancer de la prostate sur la sexualité du patient sont fréquents, ils peuvent être liés à la maladie ainsi qu'à sa prise en charge. Le pharmacien n'est pas sexologue mais il peut aborder le sujet et orienter le patient vers les professionnels qualifiés. Le patient et son conjoint doivent être informés des effets de la maladie et des traitements, mais aussi des solutions qui existent pour y remédier. C'est une sphère intime qui est parfois difficile à aborder pour le patient, il reste donc avec des idées reçues, des craintes qui lui font perdre espoir. (56)

Différents symptômes peuvent apparaître avec les différents traitements du CaP : dysfonction érectile, diminution de l'éjaculat, trouble de la libido et du désir sexuel. De plus avec l'inquiétude, le stress et la fatigue liés à la maladie et au traitement, il y a parfois une baisse de désir. L'image du corps est modifiée et peut avoir des conséquences sur les relations intimes. (57)

Vos traitements impactent-ils votre vie intime ? Avez-vous pu en parler avec votre médecin ?

La prise en charge thérapeutique de ces difficultés sexuelles repose sur la prévention, la prise en charge psycho-sexologique et la prise de traitements pharmacologiques. Le conjoint doit être intégré dans cette prise en charge, et l'activité sexuelle avant la maladie est prise en

compte. Pour la prévention, certains facteurs de risques comme l'hypertension, l'obésité, le tabac, le diabète et la sédentarité peuvent être corrigés. En diminuant ces facteurs de risques, le patient a plus de chance de conserver ses fonctions sexuelles. Une activité sexuelle régulière est également conseillée, une à deux fois par semaine.

Connaissez-vous les différents traitements qui existent ? Si vous en utilisez un, est-il efficace ? Etes-vous satisfait ?

Les traitements pharmacologiques sont au cœur de la prise en charge, il sera très important que les patients comprennent le fonctionnement de chaque médicament. Grâce à cela il pourra choisir avec le médecin le traitement qui lui conviendra le mieux. (56)

Tout d'abord il y a les inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 : Sildénafil, Tadalafil, Vardénafil. Ce sont les plus connus et ils sont utilisés en première intention. Le délai d'action est entre 30 à 60 minutes et il nécessite une stimulation sexuelle pour induire une érection. Ils sont à prendre au besoin et sont efficaces pendant 12 h pour le sildénafil et le 48 h pour le vardénafil,. Seul le Tadalafil 5 mg est à prendre tous les jours. (58) Ils présentent certains effets indésirables comme des céphalées, une congestion nasale ou un flush et sont contre-indiqués chez les patients ayant des problèmes cardiaques. Ces traitements sont non remboursés par la sécurité sociale. Ils peuvent ne pas convenir à certains patients de par le coût premièrement et le côté non spontané de l'acte dû au délai d'action du médicament.

Deuxièmement il y a les inducteurs de l'érection comme la Prostaglandine E1 (alprostadil). Ce traitement se présente sous la forme d'injection dans le corps caverneux du pénis. Le patient devra apprendre à réaliser ces injections dans un centre médical avant de pouvoir l'utiliser. Il permet une érection 5 à 10 minutes après l'injection sans nécessité d'une stimulation sexuelle. Ces injections peuvent être réalisées maximum 2 fois par semaine avec au moins 24h d'écart entre 2 injections. L'avantage de ces traitements, c'est qu'ils sont remboursés par la sécurité sociale. (59)

Enfin il existe un moyen mécanique appelé vacuum ou érecteur à dépression. L'avantage principal de ce traitement est qu'il ne présente aucune contre-indication. Il maintient une érection durant environ 30 minutes. Cependant l'utilisation de cet appareil nécessite une bonne complicité dans le couple. De plus il faut acheter l'appareil qui peut être onéreux.

La présentation des différentes solutions thérapeutiques permet au patient de réfléchir à ce qui convient le mieux à ses habitudes et ses envies, et d'en parler avec le médecin par la suite.

Les fiches ReCaP réalisées par l'Association Nationale des Malades du Cancer de la Prostate (ANAMACaP) sont des fiches pratiques à destination du patient qui peuvent être remises au patient en fin de séance pour résumer ce qui a pu être dit pendant la séance. Il peut être intéressant d'annoter les points importants en fonction des besoins personnels du patient (Annexe 10). On pourra également remettre au patient la fiche OMEDIT de sa molécule (Annexe 11), ainsi que de proposer au patient d'installer l'application Vik prostate qui permet de répondre à toutes les questions autour du CaP.

4.2.2.3 Troisième entretien

On commence l'entretien par demander au patient son ressenti à l'aide des cartes COMETE et s'il a des questions sur l'entretien précédent qui est un peu plus conséquent. C'est un entretien plus court qui peut permettre de revenir sur les entretiens précédents.

Le troisième entretien permet d'évaluer l'observance du patient. On commence par lui faire réaliser le test de GIRERD (Annexe 5). En fonction du résultat du patient, on essaiera de relever les freins qui bloquent l'observance du patient (Figure 30).

Il existe de nombreux outils au quotidien pour améliorer l'observance du patient, chaque patient a des besoins, ou des envies différentes en fonction de ses freins. Si le patient présente des effets indésirables importants, le pharmacien pourra revoir avec lui les méthodes de gestion ou mettre en place un traitement symptomatique avec le médecin. De même la grande quantité de médicaments à prendre peut entraîner un ras-le-bol et le patient arrête tous ses traitements dans ce cas, le pharmacien pourra avec l'accord du médecin ou de l'oncologue revoir si certains traitements peuvent être supprimés ou si leurs prises peuvent être décalées (Exemple : aucun médicament à prendre le midi).

Certains patients en dépression ou qui ne sont pas entourés perdent espoir vis-à-vis de la maladie, ils n'ont plus envie de prendre leurs traitements, dans ce cas une orientation vers un psychologue sera pertinente.

Le pharmacien pourra également faire appel à un kinésithérapeute, une diététicienne, des structures sportives ou de loisirs pour améliorer l'hygiène de vie du patient. Une bonne

alimentation, une bonne forme physique, un bon sommeil sont des facteurs favorables dans l'observance du patient. De plus si le patient prend du temps pour réaliser les activités qui lui plaisent, son moral sera meilleur, ce qui favorisera également l'observance.

Dans certains cas, l'alliance thérapeutique est compliquée pour le patient, il n'a pas confiance en les professionnels qui le prennent en charge. Dans ce cas, si cela est possible, il peut changer d'interlocuteur au sein de la structure de soin.

Si la mauvaise observance est liée à des oublis, de nombreuses applications sur le téléphone permettent de rappeler la prise du médicament : un plan de prise collé sur le frigo, la réalisation d'un pilulier par le patient lui-même, par le pharmacien ou par l'infirmière. Tous ces exemples sont des outils à présenter au patient pour favoriser l'observance.

Cet entretien sert également de bilan pour les autres entretiens, le patient peut poser toutes les questions qui lui viennent et le pharmacien évaluera la progression du patient depuis la première séance.

QUESTIONNAIRE DE GIRERD

DIFFICULTE D'OBSERVANCE : OBSERVANT MINEUR OU NON OBSERVANT <5

Effets indésirables ?

- Rappel ETP
- Traitement symptomatique

Dépression ? Perte d'espoir ?

- Orientation vers un psychologue
- Rappel sur les chiffres le cancer de la prostate est un cancer de bon pronostic avec une survie à 5 ans à 90%

Trop de médicaments ?

- Conciliation médicamenteuse
- Adaptation des prises quand c'est possible pour diminuer le nombre de prises dans la journée
- Pilulier

Absence de bénéfices ? Fausses croyances ?

- Attente des prochains examens pour voir les bénéfices du traitement
- L'hormonothérapie est un traitement de choix dans le cancer de la prostate et est très efficace.

Soutien social ?

- Orientation vers un psychologue
- Le patient est-il entouré ?
- A-t-il expliqué sa pathologie à son entourage ?

Alliance thérapeutique ?

- Trouver l'interlocuteur qui lui convient le mieux
- Changement de professionnels de santé si il n'arrive pas à leur faire confiance

Mauvaise hygiène de vie ?

- Rappel de l'importance d'une bonne alimentation, de la pratique d'une activité physique et d'un bon sommeil.
- Orientation vers une diététicienne, un kinésithérapeute, une structure sportive....

Perte de mémoire ?

- Moyens de rappels : téléphone, plan de prise, application...
- Pilulier

Figure 30 : Conduite à tenir pour améliorer l'observance du patient.

4.2.2.4 Education de l'aidant

L'aidant a une place importante dans le parcours de soin du malade ; prendre en compte la santé physique et mentale de l'aidant va jouer aussi sur la santé du malade. L'aidant peut être différentes personnes (conjoint, enfants, amis) et donc avoir une place différente au sein de la vie du patient. Ils ont également différents rôles en fonction de ce que lui demande le patient : un soutien moral, un soutien médical, une aide domestique ou une aide pour les gestes du quotidien. Six aidants sur dix voudraient avoir plus d'informations sur la pathologie, les traitements, le pronostic ou encore la gestion des soins à domicile. (60) Pour cela, ils utilisent toutes les sources dont ils disposent : les professionnels de santé, la famille, les amis et internet, mais les informations sont plus ou moins fiables. Mieux connaître la pathologie leur permettrait d'être moins stressés vis-à-vis des diverses situations auxquelles ils vont être confrontés. Cependant les aidants reçoivent une vague d'information au début du parcours de soins, mais ensuite peu d'informations leur sont destinées. (61)

A la pharmacie, on rencontre les aidants qui viennent chercher les traitements pour le malade, mais aussi les aidants qui viennent pour eux et qui évoquent ce rôle. Dans le second cas, les aidants évoquent généralement une anxiété, un mal être personnel, des problèmes de fatigue ou de stress : « Je ne dors pas très bien en ce moment, mon père est malade, je passe beaucoup de temps chez lui pour l'aider » où « Vous auriez des traitements contre le stress ? Mon père est malade et cela m'inquiète » (45). Le rôle du pharmacien va être de détecter les aidants qui recherchent des informations et du soutien, et de leur apporter les connaissances nécessaires ou de les orienter vers les professionnels compétents.

Pour commencer, il est important de lui rappeler sa place, il est un soutien nécessaire pour le malade mais il n'est pas son infirmier, son aide-soignant, son médecin, son kinésithérapeute. Dans la majorité des cas, les aidants trouvent leur rôle « normal », ils sont là pour aider leurs proches. Cependant il faut les sensibiliser à prendre soin de leur propre santé également pour pouvoir aider au mieux le malade. Pour les aidants qui travaillent, le pharmacien peut les orienter vers une assistante sociale qui pourra leur expliquer leurs droits dans ces situations.

Si le patient l'accepte, l'aidant peut être présent aux entretiens pharmaceutiques, il aura dans ce cas un rôle de spectateur et écoutera, il ne doit pas prendre la place du malade. Ce temps lui permettra de mieux connaître la prise en charge et d'être moins anxieux face à la gestion

des effets indésirables par exemple. Si le patient ne souhaite pas sa présence, on peut redonner rapidement au comptoir les différents conseils en cas d'effets indésirables et lui donner les fiches OMEDIT que l'on donne au patient.

Le pharmacien aura aussi un rôle à jouer pour les patients qui ne recevront pas de traitements mais pour lesquels une surveillance active sera faite. Il est parfois difficile pour l'entourage du patient de comprendre qu'on ne traite pas un cancer. Il faudra leur expliquer que l'évolution du CaP est plus lente chez les personnes âgées et que les effets indésirables altèrent considérablement la qualité de vie du patient. Il vaut mieux pour le patient que seuls les symptômes soient traités et qu'il puisse vivre normalement dans de bonnes conditions.

Le pharmacien peut également donner les clefs au patient pour trouver des informations fiables et à jour :

- sites internet fiables : site de l'INCa, site de l'OMEDIT, application VIK prostate,
- espace ligue : espace d'accueil pour les malades et leurs proches (300 en France), (62)
- espace ERI (Espace de rencontre et d'informations) : espace d'écoute, d'échange et d'information (36 en France), (63)
- associations de patients dédiées au CaP : CerHOM (64), ANAMACaP, (65)
- centre oncologie : assistante sociale, psychologue, sexologue, socio-esthéticienne,
- associations près de chez eux d'aide a domicile, de loisirs, de sports.

4.2.3 Compte rendu

Chaque séance doit être rapportée sur une fiche compte rendu (CR) qui peut être transmise aux soignants en ville (médecin, infirmier, kinésithérapeute) et aux soignants hospitaliers. Elle peut également permettre aux autres soignants de relever des points importants. Ces comptes rendus doivent être pratiques à utiliser et lisibles. Les trames disponibles sur le site Ameli peuvent servir de compte rendu pour le pharmacien mais elles ne sont pas adaptées pour être communiquées aux autres professionnels de santé. Sur la base de ces fichiers disponibles sur Ameli, j'ai créé des comptes rendus à partager entre professionnels de santé. Ces CR permettent aux autres professionnels de santé de voir l'évolution du patient, et d'insister sur certains points lors de leurs prochaines consultations avec lui.

Ces comptes rendus comprennent tous en en-tête les coordonnées des différents professionnels de santé qui prennent en charge le patient, ce qui permet d'avoir un accès rapide et facile pour les contacter. Ils comprennent également tous un cadre dédié aux professionnels de santé pour faire remonter les points importants selon eux, les discordances dans le discours du patient...

Le compte rendu de la première séance (Annexe 11) comprend les habitudes de vie du patient, la connaissance du patient vis-à-vis de son traitement ainsi que son ressenti et ses questions. Il permet également au pharmacien de faire une synthèse de cet entretien.

Le compte rendu du second entretien (Annexe 12) comprend une case pour chaque grand thème abordé. Pour la gestion des effets indésirables, le pharmacien pourra décrire les effets indésirables ressentis par le patient et son évaluation sur la capacité à les gérer. Pour l'alimentation et l'activité sportive, le pharmacien pourra résumer les points à améliorer et les objectifs fixés pour que les autres professionnels de santé puissent également soutenir le patient dans ces démarches. Et pour finir, le pharmacien pourra décrire les difficultés sexuelles rencontrées par le patient.

Enfin le compte rendu de la troisième séance (Annexe 13) comprend le résultat au questionnaire de GIRERD ainsi que les raisons de la mauvaise observance du patient. Enfin le pharmacien réalisera un bilan des séances.

4.2.4 Modalité d'évaluation des séances

Pour évaluer ces séances le pharmacien pourra demander au patient de remplir ce questionnaire (Figure 31) avant le début des entretiens pharmaceutiques ainsi qu'à la fin des entretiens. Cela permettra d'évaluer l'impact de ces entretiens sur le patient et leurs pertinences.

Evaluation des entretiens pharmaceutiques

Oui Pas
 complètement Non

<i>Je suis capable de parler de ma maladie, j'en connais les symptômes</i>			
<i>Je sais reconnaître les signes d'alertes pour lesquels il faut que je consulte le médecin</i>			
<i>Je suis capable de parler de mes médicaments et ce à quoi ils servent</i>			
<i>Je sais quand prendre mes médicaments et dans quelles conditions</i>			
<i>Je suis capable de gérer les effets indésirables de mes médicaments</i>			
<i>Je me suis fixé des objectifs pour mieux bouger</i>			
<i>Je connais les structures près de chez moi pour pouvoir pratiquer une activité physique</i>			
<i>J'ai une alimentation équilibrée</i>			
<i>J'ai changé mes habitudes alimentaires depuis que je suis malade</i>			
<i>Je connais les options disponibles pour améliorer ma vie intime</i>			
<i>Je sais à qui m'adresser si je suis inquiet ou si j'ai des questions</i>			

Remarques :

Figure 31 : Questionnaire d'évaluation

5 CONCLUSION

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme, c'est un cancer de bon pronostic. Le pharmacien d'officine est présent tout au long du parcours de soin du patient : délivrance des ordonnances, conseils associés, écoute, éducation thérapeutique, gestion des effets indésirables, suivi de l'observance, orientation vers d'autres professionnels... Depuis les premiers symptômes jusqu'à la rémission, il accompagnera le patient dans son quotidien.

L'interprofessionnalité entre les professionnels de ville ainsi qu'avec ceux de l'hôpital est une notion clef dans la prise en charge du patient. Malgré tout les nouveaux moyens mis en place pour faciliter la communication entre eux, il reste certains freins à lever : professionnels injoignables par téléphone, utilisation de messageries non sécurisées, utilisation de messageries différentes, manque d'implication, manque de temps et de moyens humains et financiers. L'harmonisation des messageries, ainsi que la sensibilisation des professionnels hospitaliers aux projets menés en officine peuvent faire partie des pistes d'amélioration pour rendre la communication entre professionnels de santé plus efficace.

L'avenir de la profession de pharmacien est en plein tournant, ces nouveaux rôles sont à saisir et confère au pharmacien une place centrale dans le parcours de soin des patients. Cependant, le manque de temps, de place ainsi que de personnels peut empêcher la mise en place des entretiens pharmaceutiques. Le développement d'outils simples et prêts à utiliser comme ceux présentés dans ce travail, pourrait permettre aux pharmaciens de faciliter la mise en place de ces entretiens. En effet ces outils visent à faire gagner du temps en servant de fil conducteur aux entretiens. Cependant il serait pertinent d'avoir un retour des pharmaciens les ayant utilisés afin d'évaluer leur praticité et pouvoir proposer des pistes d'amélioration.

6 ANNEXES

Annexe 1 : Test de Fagerström

Test de Fagerström en six questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3
 - b. 6 - 30 minutes 2
 - c. 31 - 60 minutes 1
 - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
 - a. À la première de la journée 1
 - b. À une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - a. 10 ou moins 0
 - b. 11 à 20 1
 - c. 21 à 30 2
 - d. 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012.

Annexe 2 : Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien pour les entretiens pharmaceutiques



Traitement par anticancéreux par voie orale DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT PAR LE PHARMACIEN

Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien

Votre pharmacien, en accord avec votre caisse d'assurance maladie, vous propose d'adhérer au dispositif d'accompagnement des patients sous traitement par anticancéreux par voie orale.

Afin de bénéficier de ce dispositif vous offrant un suivi et des conseils personnalisés sur ce traitement, merci de bien vouloir compléter les deux bulletins en majuscules et au stylo à bille, et les signer.

Votre pharmacien et vous-même en tant qu'adhérent devez conserver votre exemplaire original du bulletin d'adhésion. Votre pharmacien tient son exemplaire à la disposition du service du contrôle médical.

OUI, je souhaite adhérer au dispositif d'accompagnement des patients sous traitement par anticancéreux par voie orale proposé par le pharmacien ci-dessous désigné

NON, je ne souhaite pas adhérer au dispositif d'accompagnement des patients sous traitement par anticancéreux par voie orale

Identification de l'adhérent :

- Nom et Prénom :
- Date de naissance :
- N° d'immatriculation :
- Régime d'affiliation (reporter le code figurant dans la carte Vitale ou sur l'attestation papier) :
- Adresse :

Identification de la pharmacie et du pharmacien désigné en charge de l'accompagnement de l'adhérent :

- Nom de la pharmacie :
- Adresse :
- N° d'identification Assurance Maladie :
- Nom du pharmacien désigné en charge de l'accompagnement¹ :

¹ En cas d'absence du pharmacien initialement désigné, l'accompagnement sera assuré par un pharmacien de l'officine.

L'adhérent donne son accord pour que le pharmacien porte à la connaissance de son médecin traitant et/ou du prescripteur du traitement, son adhésion au dispositif d'accompagnement et prenne contact autant que de besoin avec lui :

OUI

NON

Nom du médecin traitant :

Nom du médecin prescripteur si différent :

L'adhérent ne peut pas solliciter son adhésion au dispositif d'accompagnement auprès de plusieurs pharmaciens de façon concomitante. Toute nouvelle adhésion auprès d'un pharmacien rend caduque l'adhésion précédente.

L'adhérent peut décider à tout moment de sortir du dispositif d'accompagnement.

Adhésion établie à l'initiative du pharmacien (si oui, cocher la case)

Fait le

Signature de l'adhérent

Nom du pharmacien titulaire

Signature et cachet de la pharmacie

La mise en oeuvre de cet accompagnement peut nécessiter le traitement de données à caractère personnel vous concernant. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à ces données ainsi qu'un droit d'opposition à leur traitement. Ces droits s'exercent auprès du médecin chef de l'échelon local du service du contrôle médical de l'Assurance Maladie et du pharmacien que vous avez désigné. Vous êtes informé(e) que le refus de participer au dispositif d'accompagnement que peut vous proposer votre pharmacien n'a aucune conséquence sur vos remboursements.

67-13

Annexe 3 : Entretien initial exemple du Zytiga®



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun



PATIENT SOUS ANTICANCÉREUX PAR VOIE ORALE ENTRETIEN INITIAL





Objectifs de l'entretien :

- Recueillir les informations générales sur le patient.
- Connaître son ressenti par rapport à son traitement.
- Lui présenter le schéma et les règles de prise.

DATE DE L'ENTRETIEN

NOM/PRÉNOM DU PHARMACIEN

Il est important d'évoquer avec le patient dès l'entretien initial le schéma thérapeutique, les règles de prise de ces traitements et la conduite à tenir en cas d'oubli, notamment en cas d'initiation de traitement.

Il est nécessaire d'avoir une approche et un discours adaptés au patient, à sa connaissance de sa maladie, son acceptation...

NOM

PRÉNOM

ÂGE **POIDS/TAILLE (IMC)**

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

RÉGIME D'AFFILIATION

ADRESSE

NOM DU OU DES TRAITEMENTS ANTICANCÉREUX ORAUX PRÉSCRITS

AUTRES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX AU LONG COURS

»»»



AUTRES MÉDICAMENTS/PRODUITS CONSOMMÉS PAR LE PATIENT

HABITUDES DE VIE (ALIMENTATION, ALCOOL, TABAC, ACTIVITÉ PHYSIQUE, SPORT DE CONTACT, ACTIVITÉ MANUELLE, DÉPLACEMENT, VOYAGE...)

ALLERGIES ET INTOLÉRANCES

IDENTIFICATION DES SITUATIONS NÉCESSITANT ASSISTANCE (DIFFICULTÉS MOTRICES, COGNITIVES, SENSORIELLES, SOCIALES)

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT ET DU SERVICE D'ONCOLOGIE

INFORMATION REÇUE CONCERNANT L'OFFRE DE SOIN : SUPPORTS ÉVENTUELS, DISPOSITIF D'ANNONCE DE LA MALADIE, ÉCHANGES AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ, RÉSEAU RÉGIONAL OU TERRITORIAL DE CANCÉROLOGIE, ÉTABLISSEMENT RÉALISANT LES SOINS...





APPROPRIATION DU TRAITEMENT PAR ANTICANCÉREUX ORAL ET OBSERVANCE

COMMENT PERCEVEZ-VOUS VOTRE TRAITEMENT ?
(CONNAISSANCE DU TRAITEMENT, COMPRÉHENSION...)?

QUEL EST VOTRE RESENTI PAR RAPPORT À SA VOIE D'ADMINISTRATION (CERTAINS PATIENTS SE SENTENT ISOLÉS VOIRE MÊME ABANDONNÉS CAR L'ENCADREMENT N'EST PAS LE MÊME QUE DANS LE CADRE D'UNE CHIMIOTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAVEINEUSE) ?

VOTRE MÉDECIN TRAITANT EST-IL INFORMÉ QUE VOUS ÊTES SOUS
ANTICANCÉREUX ORAL ?

OUI NON

CONNAISSEZ-VOUS L'IMPORTANCE DE L'OBSERVANCE (L'EFFICACITÉ
DU TRAITEMENT DÉPEND EN GRANDE PARTIE DE LA CAPACITÉ DU
PATIENT À BIEN LE SUIVRE) ?

OUI NON

CONNAISSEZ-VOUS L'IMPORTANCE DE LA SURVEILLANCE DE CES
TRAITEMENTS ?

OUI NON

Le pharmacien doit rappeler au patient que **l'automédication n'est pas recommandée** du fait des interactions médicamenteuses potentielles, et que **l'avis d'un médecin ou d'un pharmacien est nécessaire** avant tout nouveau traitement, qu'il soit soumis à prescription ou non.

Le pharmacien informe également le patient sur les contre-indications, qu'elles soient alimentaires, vaccinales ou médicamenteuses. La connaissance des habitudes alimentaires du patient et de ses comportements de santé (caractéristiques de son régime alimentaire, utilisation de compléments alimentaires, aromathérapie, prise de médicaments dispensés sans ordonnance, etc.) aidera également le pharmacien à prodiguer un conseil adapté.



BON À SAVOIR

Consultez la fiche INCa correspondant à l'anticancéreux oral, quand elle existe
[Cliquez ici pour en savoir plus](#)





MODALITÉS D'ADMINISTRATION

Il est important d'évoquer avec le patient dès l'entretien initial le schéma thérapeutique, les règles de prise de ces traitements et la conduite à tenir en cas d'oubli, notamment en cas d'initiation de traitement.

» Le schéma thérapeutique

Il est dépendant de chaque traitement et de chaque patient. **Le pharmacien remettra au patient un plan de posologie** avec si nécessaire l'indication des différents cycles, les moments de prise, les arrêts de traitements. **Il contactera le service d'oncologie** (prescripteur) pour obtenir des précisions sur le/les traitements et les schémas thérapeutiques.

ZYTIGA® est indiqué en association avec la prednisone ou la prednisolone.

La dose recommandée est de 1 000 mg (quatre comprimés de 250 mg) en une seule prise quotidienne.

» Les règles de prise et de conservation

Rappeler qu'il est important de **ne pas ouvrir les gélules, de ne pas écraser, mâcher, sucer ou couper les comprimés et de toujours se laver les mains** après avoir touché ces médicaments.

Il faut conserver ces traitements dans un endroit sec à l'abri de la lumière et de l'humidité et hors de portée des enfants.

De plus, il est **préférable de ne pas les mettre dans un pilulier** notamment avec d'autres médicaments mais de les **garder dans leur emballage d'origine**.

Les comprimés de ZYTIGA® doivent être pris en une seule prise quotidienne au moins deux heures après avoir mangé et aucune nourriture ne doit être consommée pendant au moins une heure après avoir pris les comprimés. Ceux-ci doivent être avalés en entier avec de l'eau.

Étant donné son mécanisme d'action, ce médicament peut nuire au développement du fœtus ; ainsi, les femmes enceintes ou susceptibles de l'être ne doivent pas le manipuler sans protection (par exemple des gants).

Tout médicament non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation en vigueur. Ce médicament peut induire un risque pour l'environnement aquatique.

» La conduite à tenir en cas d'oubli ou de surdosage des médicaments

La conduite à tenir en cas d'oubli est **dépendante de chaque molécule**.

Si le patient a pris plus de ZYTIGA® qu'il aurait dû, prévenir immédiatement le médecin ou aller immédiatement à l'hôpital.

En cas d'oubli de ZYTIGA® ou de la prednisone, prendre la dose habituelle le jour suivant.

En cas d'oubli de ZYTIGA® ou de la prednisone, durant plus d'un jour, contactez le médecin sans délai.

Ne pas arrêter ZYTIGA® ou la prednisolone, à moins que le médecin ne l'ait dit.

Avant de conclure cet entretien, il est important de rappeler au patient que les traitements anticancéreux oraux sont pourvoyeurs de nombreux effets indésirables et qu'il est important de contacter son pharmacien ou son médecin dès leur survenue.

Par ailleurs, la survenue précoce d'effets indésirables doit conduire le pharmacien à une prise de rendez-vous anticipée pour le deuxième entretien. Le pharmacien sensibilise le patient à l'auto-surveillance pour qu'il soit attentif à la survenue éventuelle de signes et symptômes des effets indésirables.





MODALITÉS D'ADMINISTRATION

CONNAISSEZ-VOUS LE SCHÉMA DE PRISE DE VOTRE TRAITEMENT ?

OUI NON

CONNAISSEZ-VOUS LES RÈGLES DE PRISE DE VOTRE MÉDICAMENT ?

OUI NON

CONNAISSEZ-VOUS LA CONDUITE À TENIR EN CAS D'OUBLI ?

OUI NON

LE PATIENT A-T-IL DES QUESTIONS ?

OUI NON

SI OUI, LESQUELLES ?

.....
.....
.....



ENREGISTRER

Pensez à enregistrer le formulaire
dans le dossier de votre patient,
sur votre ordinateur

Annexe 4 : Entretien vie quotidienne - exemple du Zytiga®



PATIENT SOUS ANTICANCÉREUX PAR VOIE ORALE ENTRETIEN « VIE QUOTIDIENNE ET GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES »



Objectifs de l'entretien :

- › Évoquer avec le patient l'impact de ses traitements sur sa vie quotidienne (changement d'habitudes, impact sur son quotidien, problèmes rencontrés...).
- › Aider le patient dans la gestion des éventuels effets indésirables rencontrés par voie orale.

VIE QUOTIDIENNE

Il est important de rappeler au patient que **toute variation importante de poids doit être signalée** car elle peut nécessiter d'adapter la dose de chimiothérapie.

Il convient d'évoquer avec le patient les problèmes qu'il peut rencontrer au quotidien :

- **Isolement vis-à-vis du monde médical** lié à la prise de traitement ambulatoire par rapport à un traitement anticancéreux administré à l'hôpital,
- **Soutien psychologique,**
- **Conseils en cas de voyage** (contre-indication de certains vaccins...).

Le patient peut être également mis en relation avec les services d'un réseau de santé proche de son domicile pour assurer la continuité des soins entre l'hôpital et la ville, si nécessaire.

Les règles générales liées aux traitements anticancéreux oraux doivent également être rappelées :

- Boire 2 litres d'eau par jour au moins,
- Ne pas s'exposer au soleil,
- Limiter sa consommation d'alcool,
- Ne jamais prendre de médicaments / produits d'automédication sans consulter son médecin ou demander l'avis de son pharmacien,
- Faire attention aux interactions avec l'alimentation.

Ces règles doivent cependant être adaptées à chaque patient en lien avec ses **comorbidités** (concernant le volume hydrique quotidien notamment en cas de cancer du sein) et en lien avec son **traitement anticancéreux** et les **EI associés**.

Les traitements anticancéreux oraux sont des **traitements lourds** et il est important de rappeler aux patients certaines règles importantes notamment :

› Les effets sur la conduite

ZYTIGA® n'a aucun effet ou qu'un effet négligeable sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines.

› Les effets tératogènes

Femmes en âge de procréer

Il n'y a pas de donnée chez l'Homme sur l'utilisation de ZYTIGA® lors de la grossesse et ce médicament ne doit pas être utilisé chez la femme en âge de procréer.



EFFETS INDÉSIRABLES

L'INCa a publié une collection de recommandations et de fiches médicaments sur la prévention, le suivi et la gestion des effets indésirables de certains médicaments anticancéreux. Elles sont destinées aux professionnels de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens d'officine...) et sont disponibles en suivant le lien suivant :

<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Medicaments/Prevention-suivi-et-gestion-des-effets-indesirables>

En l'absence de fiches médicaments INCa, il est nécessaire de se référer au RCP d'AMM des médicaments afin d'identifier les EI mais également les éventuelles préconisations en cas d'apparition d'un EI.

En cas de survenue d'effets indésirables, il est nécessaire de réaliser une déclaration auprès du Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV) de compétence géographique. Il est important de rappeler au patient qu'il doit signaler au pharmacien ainsi qu'à son médecin la survenue d'effets indésirables. Le risque de survenue d'effets indésirables augmente le risque de non adhésion au traitement. Il est donc nécessaire de sensibiliser le patient à ces effets et le cas échéant de l'orienter vers son médecin.



COUP DE POUCE

Les patients peuvent déclarer eux-mêmes cet effet indésirable via la plateforme ci-dessous :
<https://signalement.social-sante.gouv.fr>

La survenue d'effets indésirables doit donner lieu à un échange avec le prescripteur hospitalier ou le médecin traitant, afin de les informer et d'orienter le patient pour prise en soins, notamment lorsqu'elle nécessite la prise associée de médicaments (ex. antiacides, laxatifs, antiémétiques, anti-douleur...).



BON À SAVOIR

Pour connaître en détail la liste des effets indésirables par molécule, ci-dessous, les liens pour accéder aux RCP et aux notices détaillant les effets indésirables.
https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20200423147998/ann_147998_fr.pdf



EFFETS INDÉSIRABLES

CONNAISSEZ-VOUS LES RÈGLES GÉNÉRALES À METTRE EN PLACE EN CAS DE PRISE D'ANTICANCÉREUX ORAL (À ADAPTER EN FONCTION DES COMORBIDITÉS) ? A PA NA

RESSENTEZ-VOUS DES EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS À VOTRE TRAITEMENT ? OUI NON

SI OUI, LESQUELLES ?

CONNAISSEZ-VOUS LES MODALITÉS SPÉCIFIQUES LIÉES À VOTRE TRAITEMENT À METTRE EN PLACE ? A PA NA

COMMENT VIVEZ-VOUS VOTRE TRAITEMENT ?

AVEZ-VOUS DES RENDEZ-VOUS TRÈS RÉGULIERS AVEC LES SERVICES HOSPITALIERS ? (LE PATIENT A-T-IL LE SENTIMENT D'ÊTRE ÉLOIGNÉ DU MONDE MÉDICAL DU FAIT DE LA VOIE D'ADMINISTRATION DE SON TRAITEMENT ?) OUI NON

RESSENTEZ-VOUS LE BESOIN D'AVOIR UNE AIDE EXTÉRIEURE ? (PSYCHOLOGIQUE, AIDE AU QUOTIDIEN...) ? OUI NON

Acquis Partiellement acquis Non acquis

LE PATIENT A-T-IL DES QUESTIONS ? OUI NON

SI OUI, LESQUELLES ?



ENREGISTRER
Pensez à enregistrer le formulaire dans le dossier de votre patient, sur votre ordinateur



Contraception chez les hommes et les femmes

La présence de l'abiratéron ou de ses métabolites dans le sperme n'est pas connue. L'utilisation d'un préservatif est nécessaire en cas de rapport sexuel avec une femme enceinte. L'utilisation d'un préservatif associée à une autre méthode de contraception efficace est nécessaire en cas de rapport sexuel avec une femme en âge de procréer. Les études effectuées chez l'animal ont mis en évidence une toxicité sur la reproduction.

Grossesse

ZYTIGA® ne doit pas être utilisé chez la femme et il est contre-indiqué chez la femme enceinte ou susceptible de l'être.

Allaitement

ZYTIGA® ne doit pas être utilisé chez la femme

Fertilité

L'acétate d'abiratéron a perturbé la fécondité des rats mâles et femelles, mais ces effets ont été entièrement réversibles.

► La douleur

La douleur est très souvent présente durant la maladie. Des outils d'évaluation de la douleur ont été élaborés pour permettre au patient **d'expliquer et de quantifier sa douleur**. Il est prouvé scientifiquement que l'on peut, la plupart du temps, l'évaluer de façon assez précise avec des outils spécifiques. Il existe plusieurs types d'outils d'évaluation de la douleur : questionnaires, schémas à compléter, règles, etc. Chaque outil a un objectif précis : évaluer l'intensité de la douleur, aider à trouver des mots pour la décrire, localiser la douleur, évaluer ses conséquences sur le quotidien.



Pour approfondir le sujet :

<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Douleur/Douleur-et-cancer>

La prescription initiale de dérivés morphiniques génère fréquemment de l'anxiété et des questions souvent basées sur des fausses informations. Aussi, il est important de dédramatiser leur présence et expliquer au patient leur intérêt.

Il est tout aussi nécessaire **d'insister sur le plan de prise** de ces médicaments. En effet il prévoit généralement une alternance de produits à LP (dose de fond) et d'autres à LI (interdoses qui viennent renforcer l'effet anti douleur durant les pics de douleur).

Enfin, la prise en charge de la constipation, effet secondaire très fréquent, est primordiale.

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,**
il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,**
il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,**
il est considéré comme non observant.

Annexe 6 : exemple carte COMETE



Annexe 7 : Plan de prise vierge

MEDICAMENT	INDICATION	PRISE QUOTIDIENNE			PRISE PONCTUELLE
		MATIN	MIDI	SOIR	

Annexe 8 : Fiches OMEDIT à destination du pharmacien (exemple du Zytiga®)

Acétate d'abiratérone ZYTIGA®

Fiche Professionnels de santé
V2, septembre 2021

Inhibiteur du
CYP17

MÉCANISME D'ACTION ET INDICATIONS AMM ¹

- Hormonothérapie : L'acétate d'abiratérone est transformé in vivo en abiratérone qui est un **inhibiteur de CYP17 et donc de la biosynthèse des androgènes.**
- Indications → en **association** avec la **prednisone** ou **prednisolone** dans le traitement chez l'homme adulte atteint d'un **cancer métastatique** de la **prostate** :
 - **hormono-sensible** (mHSPC) à haut risque nouvellement diagnostiqué, en association avec un traitement par suppression androgénique (ADT)
 - **résistant à la castration** (mCRPC) chez les **patients asymptomatiques ou peu symptomatiques**, après échec d'un traitement par suppression androgénique et pour lesquels la chimiothérapie n'est pas encore cliniquement indiquée
 - **résistant à la castration** (mCRPC) dont la **maladie a progressé pendant ou après une chimiothérapie à base de docétaxel**

PRÉSENTATION ET CARACTÉRISTIQUES ¹

- Comprimés **dosés à 500 mg**, violets, de forme ovale, avec l'inscription « AA » gravé sur une face et « 500 » sur l'autre face.
- Boîte de 60 comprimés en plaquettes thermoformées
- Conservation à température ambiante, ne pas déconditionner dans un pilulier

PRESCRIPTION ET DISPENSATION ²

- Prescription initiale hospitalière (liste I) d'une durée de 1 an et réservée aux spécialistes et services de cancérologie et oncologie médicale. Renouvellement non restreint.
- Surveillance particulière pendant le traitement
- Dispensation en pharmacies de ville

POSOLOGIE & MODALITÉS DE PRISE ¹

Posologie usuelle recommandée : 1000 mg/jour (2 comprimés par jour) une fois par jour, en continu, **en association avec la prednisone ou prednisolone** à 5 ou 10 mg. Poursuite du traitement jusqu'à progression de la maladie ou apparition d'une toxicité inacceptable.

Adaptations possibles (voir § 4.2 RCP) :

- IR légère, modérée ou sévère** : aucun ajustement posologique
- IH légère** : aucun ajustement posologique
- IH modérée** : utilisation à évaluer avec précaution (bénéfice > risque potentiel)
- IH sévère** : non recommandé

Modalités de prise : 1 prise/jour
à heure fixe, en dehors du repas (une heure avant un repas ou deux heures après)

- En cas d'oubli ou de vomissement** : ne pas prendre la dose manquée ni de nouvelle dose, poursuivre le traitement à l'heure et à la dose habituelles de la prise suivante. Le noter dans le carnet de suivi⁶.

SURVEILLANCES SPÉCIFIQUES ^{1,3,4}

<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fonction cardiaque <ul style="list-style-type: none"> - ECG (allongement QT) - Ionogramme (dont K⁺) - Tension artérielle - Rétention hydrique (prise de poids et œdèmes périphériques) - Signes d'insuffisance cardiaque congestive 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Surveillance toutes les 2 semaines pendant 3 mois puis tous les mois chez les patients à risque significatif d'insuffisance cardiaque congestive (consultation de cardiologie) ◆ Contrôle des facteurs de risque d'allongement du QT (interactions médicamenteuses, hypokaliémie)
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fonction hépatique 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Surveillance des transaminases sériques toutes les deux semaines pendant les 3 premiers mois de traitement et ensuite tous les mois.
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Intolérance ou allergie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Traitement non recommandé si maladie héréditaire telle qu'une intolérance au galactose, un déficit sévère en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose ou du galactose
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Fertilité 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La fertilité des hommes peut être affectée ; informer le patient du risque d'atteinte des gamètes et de la possibilité de conservation du sperme avant l'initiation du traitement. Utilisation de préservatif associée à une autre méthode de contraception efficace, en cas de rapport sexuel avec une femme en âge de procréer, pendant le traitement et durant les 3 mois suivant l'arrêt

Fiche Professionnels de santé – Acétate d'abiratérone – V2 – Septembre 2021
©OMEDIT Bretagne, Normandie et Pays de la Loire

BRETAGNE
NORMANDIE
PAYS DE LA LOIRE

1/2

PRINCIPALES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ^{1,5}

Voies métaboliques principales : CYP3A4, CYP2D6, CYP2C8

Niveau	Médicaments concernés	Nature de l'interaction médicamenteuse
Contre-indication	Radium-223 Xofigo Inducteur du CYP3A4 <i>Millepertuis</i>	⚠ risque de décès et de fracture ⚠ Concentration (C ^o) de l'acétate d'abiratéronne (inefficacité)
Association déconseillée	Inducteurs du CYP3A4 <i>Carbamazépine, fosphenytoïne, phénytoïne, rifampicine...</i>	⚠ C ^o de l'acétate d'abiratéronne (inefficacité) → Surveillance si association inévitable
Précaution d'emploi	Substrats du CYP2D6 et du CYP2C8 <i>Codéine, flécaïne, métoprolol, oxycodone, propranolol...</i>	Risque d'⚠ C ^o substrats (toxicité)
	Résines chélatrices (colestyramine, sévélamer...), antiacides gastriques, topiques gastro-intestinaux	⚠ Absorption intestinale de l'acétate d'abiratéronne (inefficacité) ; Respecter un intervalle minimum de 2h entre les prises
	Substances susceptibles de donner des torsades de pointes <i>Chloroquine, méthadone, quinidine...</i>	⚠ risque de troubles du rythme ventriculaire
A prendre en compte	Phytothérapie, tisanes, huiles essentielles	A évaluer au cas par cas à l'aide des bases de données disponibles (ex : HEDRINE)



Interactions à évaluer en considérant la liste complète des traitements associés, y compris en automédication
D'autres interactions peuvent exister (liste non exhaustive) - Contactez votre OMEDIT ou votre **CRPV** en cas de question

GESTION DES PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES (EI) ^{1,6}

Toxicité	Conduite à tenir
Gastro-intestinale	
Diarrhée	Règles hygiéno-diététiques (voir fiche patient). Réhydratation et traitement symptomatique ± anti-infectieux selon étiologie ⁶ . Avis spécialiste pour adaptation du traitement ou suspension si grade 2 (augmentation de 4-6 selles/j par rapport à l'état habituel) + surveillance (NFS, fièvre).
Dermatologique	
Rash	Conseils hygiéniques (voir fiche patient). Antalgiques ± antihistaminiques ± émoullissants ± dermocorticoïdes ± traitement des surinfections selon la sévérité ⁶ . Avis spécialiste pour adaptation du traitement ou suspension selon sévérité.
Infections	
Infection du tractus urinaire	Règles hygiéno-diététiques (voir fiche patient). En cas de signes cliniques, traitement habituel des infections urinaires basses selon les recommandations en vigueur.
Cardiaque et vasculaire	
Hypertension artérielle	Règles hygiéno-diététiques (voir fiche patient). Surveillance, automesure ambulatoire. Traitement symptomatique selon recommandations en vigueur. Avis spécialiste pour adaptation ou suspension si PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 100 mmHg
Hépatobiliaire	
Augmentation transaminases et bilirubine	Surveillance biologique adaptée (voir page 1). Avis spécialiste pour arrêt si élévation des ASAT ou ALAT 5 fois la limite supérieure de la normale (voir § 4.2 du RCP)
Troubles généraux	
Cedème périphérique	Règles hygiéno-diététiques (voir fiche patient). En cas de prise de poids rapide et inattendue, mise en place d'un traitement symptomatique si nécessaire (diurétiques). Grade 3 (écart > 30 % en volume entre les membres, déviation macroscopique des contours anatomiques habituels, interférant avec les activités élémentaires de la vie quotidienne) : avis spécialiste pour arrêt et adaptation de posologie (voir § 4.2 du RCP)



D'autres EI peuvent survenir : Insuffisance cardiaque, angine de poitrine, fibrillation auriculaire, tachycardie, sepsis, hypertriglycéridémie, hématurie, insuffisance surrénalienne, dyspepsie, fractures, myopathie, insuffisance hépatique aigüe... (liste non exhaustive, voir RCP)
Pensez à déclarer tout effet indésirable à votre CRPV et/ou à les contacter en cas de question.

Voir la « fiche Patient » correspondante pour les conseils spécifiques à donner aux patients

Pour plus d'information, se reporter aux sources suivantes (consultées le 04/08/2021) : 1 - RCP ; 2 - BSP ANSM ; 3 - INCA ; 4 - Dossiers du CNHM, juillet - Août 2020 ; 5 - [Thésaurus IM de l'ANSM 10/2020](#) ; 6 - Fiches « Aide à la prise en charge des EI chimio-induits » et carnet de suivi disponibles sur www.omeditbretagne.fr ou www.omedit-paysdelaloire.fr.

Annexe 9 : Cartes effets indésirables à découper

NAUSEES
VOMISSEMENTS

- Manger plusieurs petits repas, froids, sans odeurs
- Eviter les aliments gras, frits, épicés
- Boire régulièrement et en petite quantité (2L dans la journée)
- Prise d'antinauséux

PERTE DE CHEVEUX

- Utiliser un peigne/ brosse douce
- Utiliser un shampoing doux ou fortifiant
- Eviter l'utilisation du sèche-cheveux

BOUFFEE DE CHALEUR

- Utiliser un brumisateur
- Boire régulièrement (2L par jour)
- Porter des vêtements légers et en coton
- Eviter le tabac, l'alcool, les aliments chauds et épicés

DIARRHEE

- Boire régulièrement (2L par jour)
- Privilégier les féculents, fruits et légumes cuits
- Eviter les crudités, laitages, épices
- Prendre des anti-diarrhéiques

TROUBLES DE LA VUE

- Troubles peu graves et réversibles à l'arrêt du traitement
- Port de verres teintés

PALPITATIONS

- Eviter la consommation de tabac, alcool, café, thé
- Dormir à des horaires fixes et suffisamment
- Prendre sa tension à la maison ou à la pharmacie. Noter les valeurs.
- Consulter le médecin

OEDEME

- Eviter la prise de sel
- Porter des bas de contentions
- Eviter les vêtements serrés
- Surveiller votre poids
- Consulter le médecin

INFECTIONS URINAIRES

- Boire beaucoup d'eau
- Consulter le médecin

VERTIGE

- Prendre sa tension, noter les valeurs obtenues
- Consulter le médecin

ACIDITE/ REFLUX

- Limiter la prise d'aliments acides et épicés
- Prise d'antiacides ou de protecteurs gastriques

SECHERESSE CUTANEE / DEMANGEAISONS

- Boire régulièrement (2L par jour)
- Eviter les douches trop chaudes et les bains
- Utiliser des produits d'hygiène sans savon/surgras
- Appliquer une crème ou baume hydratant et apaisant

SECHERESSE BUCCALE

- Boire régulièrement (2L par jour)
- Stimuler la production de salive : glaçons, sorbets
- Utiliser un stick pour hydrater les lèvres
- Utiliser un spray contre les sécheresses buccales

DOULEURS

- Pratiquer une activité physique adapté
- Eviter les mouvements répétitifs
- Prise d'antidouleurs

FATIGUE

- Dormir à horaires fixes et suffisamment
- Eviter la consommation de tabac et d'alcool
- Prendre un temps de repos dans la journée

CONSTIPATION

- Manger des aliments riches en fibres (Fruits et légumes)
- Boire beaucoup
- Pratiquer une activité physique adaptée
- Prise de laxatifs de lest

Cancer de la prostate

Cardiologie





ReCaP
Des outils pour aider les différents intervenants dans le cancer de la prostate

● Hormonothérapie anti-androgénique⁽¹⁾

Vous êtes pris en charge pour un cancer de la prostate. Un traitement par hormonothérapie vous a été prescrit.

Ce traitement peut potentiellement favoriser des **pathologies cardiaques**.

Certaines consignes sont à respecter.

En cas de **symptômes** tels que : douleur dans la poitrine, essoufflement, palpitations, maux de tête, douleurs d'un mollet, il faut le signaler à votre médecin généraliste ou spécialiste qui vous suit dans le cadre de cette maladie.

Si vous avez des **antécédents cardiaques personnels ou familiaux**, il conviendra de vérifier qu'un **suivi cardiologique** est prévu.

Si vous avez de l'hypertension artérielle, du cholestérol, du diabète ou si vous fumez, ces **facteurs** constituent un risque supplémentaire pour le cœur et justifieront un bilan cardiologique.

Certains **médicaments**, produits issus de l'**homéopathie** ou de la **phytothérapie** sont susceptibles d'interagir avec ce traitement et il conviendra d'en référer systématiquement à votre médecin ou pharmacien, même pour les produits en libre-service.

Un électrocardiogramme est réalisé en ce sens avant de débiter ce traitement.

Pendant toute la durée du traitement, un bon contrôle de votre taux de sucre, cholestérol, tension artérielle et la pratique d'une activité physique régulière sont indispensables.

<p>Symptômes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Douleur dans la poitrine - Essoufflement - Palpitations - Maux de tête - Douleur des mollets - Œdèmes des jambes 	<p>Suivi cardiologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si antécédents personnels ou familiaux cardiaques - Si hypertension artérielle, diabète, cholestérol, tabagisme - Si symptômes - Électrocardiogramme avant de débiter le traitement 	<p>Interactions médicaments, homéopathie, phytothérapie</p> <p style="text-align: center;">Toujours signaler le traitement pris</p>
---	--	--

La prévention est indispensable

<ul style="list-style-type: none"> • Réduction en sel • Sevrage tabagique • Alimentation pauvre en graisses saturées et aliments à index glycémique (IG) élevé (cf. fiche ReCaP nutrition) 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité physique régulière 150 minutes/semaine (ceci correspond environ à 20 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée ou 10 minutes d'activité physique d'intensité élevée)
---	--

(1) Latorzeff et al. Cancer Research. 2016; 76(25):405-11.
D'après OMS - Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé - 2010 - <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789244599791/fr> consulté le 12/05/20.

SI VOUS RESSENTEZ UN QUELCONQUE EFFET INDÉSIRABLE, PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration : ANSM et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance
Site internet : <http://www.signalement-sante.gouv.fr>

OMC, 2020, 2019, FR, 14/1/2020 - © 2020 AstraZeneca Pharma SAS. All rights reserved.



Cancer de la prostate

Nutrition



ReCaP

Des outils pour aider les différents intervenants dans le cancer de la prostate

L'alimentation impacte directement la santé et le bien-être au quotidien. Pour prendre soin de soi grâce à son alimentation, il n'existe pas d'aliments ni de régimes miracles (éviter les régimes d'exclusion, les jeûnes, les monodiètes, etc.).

Les patients traités pour un cancer de la prostate par une hormonothérapie anti-androgénique risquent une prise de poids⁽¹⁾. Un suivi alimentaire par un diététicien peut permettre de réduire cette prise de poids.

Un diététicien peut vous accompagner pour adapter ces conseils généraux à votre situation particulière, selon votre mode de vie, vos habitudes, vos goûts etc., tout en gardant une notion essentielle : celle du plaisir ! Voici quelques conseils pour une alimentation variée et équilibrée.

Les principes de base d'une alimentation variée et équilibrée

Adapté à partir du Programme National Nutrition Santé (PNNS) - https://www.mangerbouger.fr/PRO/IMG/pdf/0025-1779-e_402de03_pla_medicin_om_1st.pdf - consulté en mars 2020.

<p>Matières grasses ajoutées et oléagineux</p> <p>Utiliser le beurre non cuit et privilégier l'huile de tournesol ou d'olive pour les cuissons. Pour les vinaigrettes, choisir l'huile de noix ou de colza riches en oméga 3.</p>	<p>Produits sucrés : Boissons sucrées et/ou alcoolisées</p> <p>Rôle : le plaisir ! Limiter les quantités et éviter les prises isolées en dehors des repas.</p> <p>VVPOLAV*</p> <p>1 à 2 parts par jour (repère quantité : la paume de la main). Une vraie part le midi et +/- plus petite quantité le soir. Limiter les viandes rouges et la charcuterie à 2 fois par semaine.</p> <p>Poisson : 2 fois par semaine dont un gras (apport en oméga 3).</p> <p>*Viande, volaille, poisson, œuf, légumineuses et alternatives végétales.</p>	<p>Produits laitiers</p> <p>2 produits laitiers par jour (par exemple 1 yaourt et 1 part de fromage).</p>
<p>Fruits et légumes</p> <p>1 part de légumes à chaque repas. Varier le cru et le cuit.</p>	<p>Activité physique</p> <p>30 minutes de marche rapide (ou équivalent par jour, cf. fiche ReCaP Activité Physique)</p>	<p>Eau et boissons non sucrées</p> <p>Boire 1,5 L d'eau par jour régulièrement par petites gorgées. Limiter l'alcool, le thé, le café et les boissons sucrées.</p>
<p>Féculents</p> <p>1 part à chaque repas (dont le pain et les légumes secs) y compris le soir.</p>		

Pour un mode de vie plus équilibré, commencer par

Augmenter

-  Les fruits et légumes : 3 fruits au maximum par jour
-  Les légumes secs : lentilles, haricots, pois chiches, etc.
-  Les fruits à coque : noix, noisettes, amandes non salées, etc.
-  Le fait maison
-  L'activité physique

Aller vers

-  Le pain complet ou aux céréales, les pâtes, la semoule et le riz complets
-  Les poissons gras et maigres en alternance
-  L'huile de colza, de noix, d'olive
-  Une consommation de produits laitiers suffisante mais limitée
-  Les aliments de saison et les aliments produits localement
-  Les aliments bio

Réduire

-  L'alcool
-  Les produits sucrés et les boissons sucrées
-  Les produits salés
-  La charcuterie
-  La viande : porc, bœuf, veau, mouton, agneau, abats
-  Les produits avec un Nutri-Score D et E
-  Le temps passé assis

(1) Institut national du cancer - Hormonothérapie - Cancer de la Prostate - <https://www.cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Hormonotherapie/> consulté en mars 2020.



Un repas équilibré idéal

Adapté à partir de <https://www.hopitalhonore.net/nutrition/healthy-eating-plate/>

HUILES SANTÉ 2 à 4 cuillères à soupe max/jour

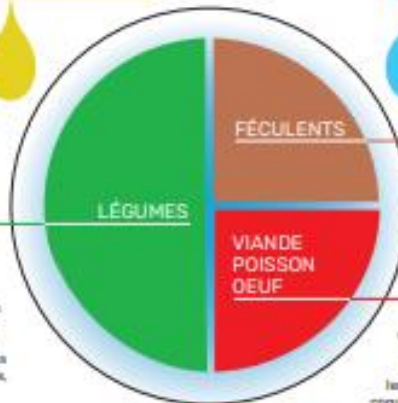
Ex. : Huile d'olive, huile de colza, huile de noix, huile de noisette, huile de lin, huile de carthame, ... ; les graines oléagineuses non grillées et non salées, comme les noix, les noisettes, les noix de cajou, les noix du Brésil, ...

1/2 assiette
au déjeuner et au dîner

Les légumes crus ou cuits, les légumes de saison, les légumes en boîte ou en bocaux non cuisinés et non salés, les légumes surgelés non cuisinés et non salés. Ex. : Les haricots verts, les courgettes, les concombres, les tomates, les oignons, les carottes, les navets, les courges, les poireaux...

3 fruits max/jour

Les fruits crus ou cuits, les fruits en boîte ou en bocaux non cuisinés et sans sucre ajouté, les fruits surgelés non cuisinés et sans sucre ajouté. Ex. : Les pommes, les poires, les fraises, les fruits exotiques, les abricots, les bananes, ...



EAU 1.5L minimum/jour

Ex. : Toutes les eaux minérales plates, les thés sans sucre ajouté, les infusions sans sucre ajouté, les cafés sans sucre ajouté, ...

1/4 d'assiette
au déjeuner et au dîner

Ex. : Le riz, les pâtes, le blé dur, le quinoa, les pommes de terre, les lentilles vertes, les lentilles corail, les lentilles brunes, les haricots rouges, les fèves, le pain, ...

1/4 d'assiette au déjeuner et/ou au dîner

Ex. : Les poissons blancs comme le cabillaud, le flétan, le merlu, le colin ; les poissons gras comme le thon, le saumon, le hareng, le maquereau, les sardines ; les crustacés comme les coquillages ; la viande blanche comme le poulet, le dinde, la pintade, les volailles ; la viande rouge comme le bœuf.

2 produits laitiers/jour

Ex. : Les laitages comme les yaourts, les fromages blancs, les petits-suisseaux, les faisselles, ... ; les fromages ; le lait.



Comment je mange

- Manger dans le calme, « en conscience » (éviter les écrans)
- Manger lentement en mastiquant pour un meilleur confort digestif
- Manger 3 repas par jour +/- une collation à horaires réguliers

Comment je bouge

- Favoriser une activité pour casser la sédentarité (marche, promenade à pieds, vélo, jardinage, etc.)
- Si l'état de santé le permet, poursuivre son activité sportive

Particularités pour les patients à risque de surpoids

- ➔ Manger lentement et bien mastiquer pour mieux ressentir la satiété et limiter le grignotage entre 2 repas
- ➔ Dissuader les patients de se laisser tenter par les régimes hypocaloriques
- ➔ Attention à la taille des contenants : grands bols, grandes assiettes, etc.
- ➔ Éviter les boissons sucrées et l'alcool, privilégier l'eau
- ➔ Privilégier les repas à 3 composantes : entrée (de crudités) - plat - dessert
- ➔ Privilégier les laitages naturels et +/- les sucrer soi-même sur la base d'une cuillère à café de sucre, miel, etc.
- ➔ Augmenter l'apport en fibres (une crudité ou salade par repas, choix du pain et féculents semi-complets ou complets)
- ➔ Privilégier les produits non transformés, simples et le fait maison si possible
- ➔ Bouger le plus possible (au moins 30 minutes par jour) : chaque pas compte !



Cancer de la prostate

Sexologie

- **Les impacts du cancer de la prostate et de sa prise en charge sur la sexualité sont fréquents et multiples.** Ils peuvent être liés aussi bien à la maladie qu'à sa prise en charge.
- Au delà de l'**atteinte fonctionnelle** (érection, éjaculation...), l'altération de la sexualité peut impacter des dimensions **symboliques** et **relationnelles** pouvant dégrader la confiance en soi et le sentiment de masculinité. Cette **atteinte de la masculinité** peut avoir un impact, au delà de la sexualité, sur la vie affective, conjugale, familiale et socio-professionnelle.

**MAIS... IL EXISTE DES SOLUTIONS,
ON PEUT CONTINUER À AVOIR UNE VIE SEXUELLE
MALGRÉ UN CANCER DE LA PROSTATE.
PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN.**

Quels sont les impacts des traitements du cancer de la prostate sur la sexualité ?

Sur la fonction érectile

En cas de prostatectomie (ablation chirurgicale de la prostate)

- La dysfonction érectile est (quasi) systématique avec une récupération progressive possible.
- Il y aura dans les premiers mois *a minima* une neuropathie (les nerfs ne fonctionnent plus, même s'ils ne sont pas sectionnés).

En cas de radiothérapie externe, curiethérapie et hormonothérapie

- La dysfonction érectile est possible (+/- réversible).
- L'impact dépend potentiellement de la dose et de l'âge.

Sur l'éjaculation

Prostatectomie

- **Disparition irréversible de l'éjaculation** (atteinte de la fertilité).

Radiothérapie externe et curiethérapie

- Possible diminution de l'éjaculat, douleur à l'éjaculation (régressive) et hémospemie (sang dans le sperme, régressive).

Hormonothérapie

- Possible diminution de l'éjaculat (+/- réversible).

Sur l'orgasme

Prostatectomie

- L'orgasme est conservé mais modifié avec une possible modification de l'intensité (diminution ou augmentation)

Radiothérapie externe et curiethérapie

- Possible modification de l'intensité des orgasmes

Sur l'envie sexuelle

NB : on distingue désir sexuel et libido :

- le **désir sexuel** = « anticipation positive d'une activité sexuelle réalisée, avec soi ou partenaire(s), qui déclenche le réflexe de vasodilatation génitale* »

- la **libido** = « storer physiologique de l'envie sexuelle »

- **Les troubles de la « libido »** sont souvent importants (+/- réversibles) en lien avec une hormonothérapie.
- **Les troubles du « désir sexuel »** sont souvent importants, secondaires aux diverses problématiques rencontrées et à l'atteinte de l'assertivité masculine. À noter, un possible impact important sur la masculinité d'une hormonothérapie via la modification des caractères sexuels secondaires.

Risques, fertilité et contraception

- Il n'y a pas de contre-indication aux rapports sexuels pendant les traitements.
- En cas de traitement par curiethérapie : attendre le temps nécessaire avant d'avoir de nouveau des rapports sexuels et utiliser un préservatif.
- En cas de radiothérapie/chimiothérapie/hormonothérapie : une contraception pendant et 6 mois après la fin des traitements est recommandée selon les circonstances.
- L'atteinte potentielle de la fertilité est fréquente : en cas de projet de paternité, prévoir un contact avec les Centres d'Études et de Conservation des Oeufs et du Spermé (CECOS).

Institut National du Cancer - Cancer de la prostate - Sexualité et fertilité - <https://www.inca.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Sexualite-et-fertile> - Consulté le 27 Mars 2020

*Définition du Sexologiepro.fr



ReCaP
DES CENTRES POUR VOUS ET DES PHARMACIENS
OCCUPÉS À VOUS ET À VOTRE PHARMACIE

Dysfonction érectile : quelles sont les solutions ?

Facilitateur de l'érection - par voie orale = PDE5 (Inhibiteurs de la Phosphodiésterase de type 5.) essentiellement

- Médicaments non remboursés. Les prix sont variables d'une pharmacie à l'autre, les génériques sont plus « accessibles ».
- Attention aux conditions d'utilisation : les délais d'action des molécules sont à prendre en compte, une excitation associée et l'intégrité des bandelettes vasculo-nerveuses a minima sont nécessaires.

Inducteurs de l'érection

- Médicaments remboursés dans le cadre des suites d'un cancer de la prostate.
- Ils sont utiles pour la rééducation car ne nécessitent pas d'excitation pour provoquer une tumescence.
- Ils peuvent être utilisés en intra urétral et en injection intra caverneuse.

Traitements mécaniques

- Anneau pénien, vacuum, prothèse pénienne.

La cohabitation et le passage d'une méthode à l'autre sont possibles

La prise en charge doit être envisagée **précocement**, au plus tard à 2-3 mois après la prostatectomie, souvent à 1 mois.

La récupération érectile dépend de plusieurs facteurs pronostiques :

- La fonction érectile et la sexualité antérieures.
- L'âge.
- La vie de couple.
- La présence d'autres pathologies associées (notamment cardiovasculaires, tabagisme).
- L'importance de la rééducation érectile.
- L'importance de la rééducation périnéale sur la fonction érectile : (In)continence = indicateur

Prise en charge du couple

- Il faut si possible inclure votre **conjoint** dans l'accompagnement. L'accompagnement sera **adapté** à chaque personne/couple (croyances etc...).
- Il permet de :
 - Prévenir une « désinsertion érotique » et affective (intimité, tendresse...)
 - Une sexualité & un érotisme peuvent être maintenus (même **sans érection et/ou pénétration**).
 - Il faut accepter une certaine temporalité sans perdre de temps (accompagnement précoce en acceptant des « essais/erreurs » de traitements/adaptations, avec « patience »).
 - Favoriser une **(re)co-construction/réinvention** plutôt qu'une quête du « comme avant » avec (ré)apprentissage/adaptations de la sexualité/recadrage de certaines croyances (ex : « la sexualité est naturelle », « la sexualité nécessite une pénétration », « le plaisir sexuel est lié à l'éjaculation »...)

SI VOUS RESSENTEZ UN QUELCONQUE EFFET INDÉSIRABLE, PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration : ANSM et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance
Site internet : <http://www.signalement-sante.gouv.fr>

La rééducation érectile est importante

- Le but premier du « traitement rééducatif » est la **prévention de la fibrose des corps caverneux**.
- Le début de fibrose est possible après 3 mois sans tumescence/érection.
- Il est important de **préserver le potentiel érectile** pour le futur, même si vous n'avez pas de sexualité (seul et à 2) **ou si vous n'en ressentez pas l'envie pour l'instant**. Il n'est pas indispensable d'obtenir l'érection « parfaite » à court terme (même une rigidité partielle participe à cette rééducation).
- La rééducation participe à reconnecter avec la masculinité (même sans vie sexuelle, simplement du fait de conserver un potentiel et d'avoir un sexe « vivant »).

Prise en charge des troubles de l'envie sexuelle

- L'axe de travail possible et souvent principal est celui du « **désir sexuel** », même s'il y a une atteinte de la « libido » (du fait d'une hormonothérapie par exemple). Cela revient à « créer/renforcer la gourmandise (sous-tendu par la prise de **PLAISIR**) même s'il n'y a plus de faim ».

Autorisez-vous à poser des questions sur la sexualité/la vie affective

- Demander les coordonnées des correspondants les plus à même de vous renseigner. Ceci est totalement légitime.
- Ne restez pas sur un échec de communication avec un soignant peu attentif à ce sujet, d'autres personnes sauront répondre à vos interrogations.

Les sexologues

- Il n'est pas toujours aisé de trouver un médecin sexologue près de chez soi, cependant il est possible de demander aux urologues les coordonnées de ceux avec qui ils travaillent. Certains sites peuvent également fournir des coordonnées : <https://www.ouis.fr/v3/index.asp> <http://www.sfrms.fr/prod/system/moin/index.asp>
Consulté le 17 mars 2020

NB : la sexologie n'est pas prise en charge par la CPAM et reste aux frais des patients en dehors de la situation des sexologues salariés de structures de soins.



Cancer de la prostate

Activité physique et sportive



ReCaP

Des outils pour aider les différents intervenants dans le cancer de la prostate

● Intérêt de l'**activité physique** dans le cadre du cancer de la prostate ●

L'activité physique diminue certains effets secondaires des traitements comme la fatigue, la perte de la condition physique, la prise de masse grasse et la perte de masse musculaire.

L'activité physique améliore également votre qualité de vie, permet la réappropriation de votre corps et une meilleure estime de soi et peut rompre l'isolement et faciliter le lien social.

Enfin, il est démontré que l'activité physique (ou moins 3h de marche rapide par semaine) est associée à une réduction de **57%** du risque de récurrence du cancer de la prostate.^[1]

Êtes vous plutôt sédentaire ou sportif ?

Le questionnaire d'auto-évaluation RICCI & GAGNON^[2] vous permet de déterminer si vous êtes plutôt inactif (score < 18), actif (score entre 18 et 35) ou très actif (score > 35).

Si vous êtes plutôt inactif, il est important de savoir que des bénéfices sont observés à partir de 10 minutes d'activité physique, ce qui veut dire qu'il vaut mieux que vous pratiquiez un peu, plutôt que pas du tout.

Il faut également savoir que l'activité physique inclut tous les mouvements effectués dans la vie quotidienne et ne se réduit pas à la seule pratique sportive : déplacements actifs (à pied ou à vélo), activités au travail (les escaliers plutôt que l'ascenseur, marcher lors d'appels téléphoniques, etc.) et tâches domestiques du quotidien (ménage, bricolage, jardinage, etc.).

[1] Richman JJ, et al. *Clinical Res*. 2017 Jun; 57(12):267-75.

[2] Ricci J & Gagnon L. *Évaluation du niveau d'activité physique et de condition physique (2009)*



Recommandations

- Pratiquer au moins **150 minutes d'activité physique** d'intensité modérée ou 75 minutes d'activité physique d'intensité élevée **par semaine** (ou un mélange des deux)^[1]

Ces durées sont des repères (ceci correspond environ à 20 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée ou 10 minutes d'activité physique d'intensité élevée) : elles présentent une estimation et non des valeurs en dessous desquelles il n'y a aucun bénéfice. À l'inverse, ne vous privez pas si vous pouvez faire plus. Dans tous les cas c'est la régularité qui est importante.

- Pratiquer **20 minutes d'exercices de renforcement musculaire** du haut et du bas du corps deux fois **par semaine**

Les exercices s'effectuent généralement sans charge (c'est-à-dire avec le poids du corps, par exemple : faire des flexions sur place, faire des exercices de gainage, etc.) ou avec de faibles charges (on peut, par exemple, utiliser des élastiques de type Elastiband pour faire du travail contre résistance).

- Limiter les activités sédentaires (temps passé devant l'ordinateur, la télévision, les consoles de jeux...)

Le manque d'activité physique et la sédentarité sont deux facteurs de risque indépendants. Cela veut dire que vous pouvez être sédentaire tout en pratiquant une activité physique régulière (par exemple si vous allez dans un club de sport plusieurs fois par semaine mais que vous passez vos journées assis devant un ordinateur). En conséquence, il ne suffit pas d'être actif. Lors des temps prolongés de sédentarité, il est recommandé de faire une pause toutes les heures, au mieux pour faire cinq minutes de marche, au moins pour se lever pendant cinq minutes.

[1] Fournit une activité physique modérée, vous êtes capable de parler, mais vous ne pouvez pas chanter votre chanson préférée. Votre effort est assez important pour augmenter votre rythme cardiaque. À l'inverse, lors d'une activité physique de forte intensité, vous ne pouvez pas prononcer quelques mots sans vous arrêter pour reprendre votre souffle. Votre rythme cardiaque est fortement accéléré. De plus, lors d'une activité d'intensité modérée votre transpiration n'est pas importante alors qu'elle devient abondante lors d'une activité de forte intensité.

D'après recommandation : OMS - Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé - 2010 - https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fr.pdf?user=1 - consulté le 10/05/20

Attention, il peut exister quelques contre-indications à la pratique d'une activité physique dans le cadre d'un cancer.

Ne prenez pas de risque, en cas de doute parlez-en à votre médecin qui pourra vous prescrire une activité physique adaptée.

Quelques exemples de structures proposant des programmes d'activité physique aux patients ayant ou ayant eu un cancer

La CAMI Sport & Cancer : <https://www.sportetocancer.com/>

Riposte : <https://solutionriposte.monsite-orange.fr/>

Les Rubies : <https://lesrubies.org/>

FFEPGV : <https://www.sport-sante.fr/fr/gymnastique-volontaire-ffepgv/programmes-ffepgv-publics-specifiques/gym-apres-cancer.html>

Dans tous les cas, il faut veiller à ce que vous soyez accompagné par des professionnels compétents et formés, capables de vous proposer des programmes sécurisés et personnalisés selon vos capacités, besoins et envies.



Acétate d'abiratérone ZYTIGA®

Fiche Patient
V2, août 2021

QU'EST-CE QUE ZYTIGA® ACÉTATE D'ABIRATÉRONNE?

- Anticancéreux utilisé dans le traitement de certains types de cancer de la prostate
- Prescrit et renouvelé par votre médecin hospitalier spécialiste en oncologie ; renouvellement possible par votre médecin traitant.
- Disponible en pharmacies de ville sur présentation de votre ordonnance



Comprimés dosés à 500 mg, violets, de forme ovale, avec l'inscription « AA » gravé sur une face et « 500 » sur l'autre face.



- Contient du lactose et du sel.



- Conservez à température ne dépassant pas 25°C, hors de la vue et de la portée des enfants.



- Ne sortez pas les comprimés des blisters pour les mettre dans un pilulier.


- Lavez-vous soigneusement les mains avant et après chaque manipulation de comprimés et des blisters. Pour diminuer le risque d'exposition, il est nécessaire de porter des gants de chimiothérapie jetables.

- Ne jetez pas les conditionnements entamés, merci de les rapporter à votre pharmacien.

COMMENT PRENDRE CE MÉDICAMENT ?


A remplir avec l'aide
d'un professionnel de
santé**

Renseigné avec
Selon l'ordonnance du
...../...../.....

Dose par jour mg = comprimé (s)
Quand ?h..... UNE prise par jour à heure fixe en dehors d'un repas (une heure avant un repas ou deux heures après) En association avec prednisone ou prednisolone
Comment ?	 Avalez les comprimés entiers, avec de l'eau, l'un à la suite de l'autre, chaque jour au même moment de la journée. Ne pas mâcher, ni couper, ni écraser, ni dissoudre.

Vous pouvez vous aider du **cahier de suivi*** et d'un **calendrier** pour repérer les prises.

N'arrêtez jamais ou ne modifiez jamais le rythme de prise de votre traitement sans l'avis de votre médecin.

** Cette fiche n'est pas une ordonnance, référez vous à votre ordonnance la plus récente.

QUE FAIRE EN CAS D'OUBLI OU DE VOMISSEMENT ?



- **En cas d'oubli**, ne prenez pas la dose manquée. La dose suivante sera prise à l'heure habituelle, sans la doubler. Pensez à le noter dans votre cahier de suivi*.



- **En cas de vomissement**, ne prenez pas de nouvelle dose et ne doublez pas la prise suivante. La dose suivante sera prise à l'heure habituelle. Pensez à le noter dans votre cahier de suivi*.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MÉDICAMENTS ET/OU VOTRE ALIMENTATION



Vérifiez avec **votre médecin et votre pharmacien** que les médicaments (prescrits ou non) et/ou autres substances (aliments et plantes, dont **pamplemousse** et **millepertuis**, probiotiques, huiles essentielles, compléments alimentaires...) que vous utilisez sont compatibles avec votre traitement. Des interactions peuvent influencer sur l'efficacité de votre traitement ou la survenue d'effets indésirables.

- Vous et votre partenaire devez utiliser une méthode de contraception efficace pendant toute la durée du traitement et jusqu'à 3 mois après la dernière prise.





La fertilité des hommes peut être affectée pendant le traitement par l'acétate d'abiratérone.

Votre médecin peut vous informer sur la possibilité de conservation du sperme avant l'initiation du traitement.

*Carnet de suivi disponible sur les sites www.omeditbretagne.fr ou www.omedit-paysdelaloire.fr

QUELS EFFETS INDÉSIRABLES PEUVENT SURVENIR AVEC ZYTIGA® ACÉTATE D'ABIRATÉRONNE ?

Comme tous les médicaments, l'acétate d'abiratéronne peut entraîner des effets indésirables mais il est possible que vous n'en éprouviez aucun.

Effets indésirables	Prévention
 Diarrhée	Pensez à bien vous hydrater : au moins 2L d'eau par jour. Privilégiez une alimentation pauvre en fibres (<i>féculents, carotte, banane...</i>). Evitez certains aliments qui peuvent augmenter le transit intestinal (<i>café, boissons glacées, laitages, alcool, fruits-légumes crus, céréales, aliments gras, épices...</i>). Buvez plutôt entre les repas. Surveillez régulièrement votre poids.
 Eruption cutanée	Utilisez un savon doux sans parfum et un agent hydratant (<i>crème ou lait</i>). Evitez l'eau chaude. Séchez par tamponnement. Evitez les expositions au soleil (<i>vêtements protecteurs, chapeau, écran solaire indice ≥ 50</i>). Alertez votre médecin en cas de troubles cutanés.
Brûlure urinaire ou urine trouble	Buvez, si possible, beaucoup d'eau (2L d'eau par jour, eau faiblement minéralisée). En cas de signes infectieux (fièvre, frissons, douleurs), contacter votre médecin.
 Pression artérielle élevée, complications cardiaques	Mesurez régulièrement votre tension (<i>suivi à domicile ou chez le pharmacien</i>). Faites de l'exercice, contrôlez votre poids. Limitez votre consommation de sel et d'alcool.
 Œdème des membres	Evitez les vêtements serrés. Maintenez une alimentation à faible teneur en sel. En cas de gonflement des jambes, élevez les pieds en position assise et portez des bas de contention. Surveillez régulièrement votre poids.



Seuls certains des effets indésirables les plus fréquents sont listés ci-dessus. Pour en savoir plus, reportez-vous à la notice de votre médicament ou demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien. Vous pouvez également poser une question auprès de votre [centre régional de pharmacovigilance](#) ou déclarer tout effet indésirable sur le site : signalement-sante.gouv.fr



Dans tous les cas, pensez à faire pratiquer les examens biologiques prescrits par votre médecin.

QUE FAIRE EN CAS DE SURVENUE D'EFFET(S) INDÉSIRABLE(S) ?

- Prenez les médicaments prescrits contre les effets indésirables en respectant les doses
- Respectez les mesures de prévention

Contactez rapidement votre médecin en cas de :

- Faiblesse musculaire, contractions musculaires
- Forts battements du cœur (palpitations), douleur thoracique
- Essoufflement
- Prise de poids inattendue
- Tout effet indésirable persistant ou s'aggravant



Contacts utiles :

Remarques :

Annexe 12 : Compte rendu 1^{er} entretien

COMPTE RENDU 1^{ER} ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE				
A l'attention de :				
<ul style="list-style-type: none"> - Médecin traitant - Infirmier - Oncologue - Kiné - Psychologue 				
SYNTHESE DU PHARMACIEN				
Traitement du patient :				
Habitudes de vie du patient :				
Habitudes alimentaires				
Consommation d'alcool				
Consommation de tabac				
Activité physique				
Loisirs/Voyages				
Allergies				
Le patient et son traitement :				
	A (Acquis)	ECA (En cours d'acquisition)	NA (Non acquis)	Remarques
Nom et rôle des médicaments				
Règle de prise				
Conduite à tenir en cas d'oubli				

Ressenti du patient par rapport à son traitement :

Questions du patient :

Synthèse pharmacien :

Date :

Cadre réservé aux professionnels encadrants le patient (hors pharmacien d'officine)

Remarques générales :

Points importants à revoir avec le patient :

Annexe 13 : Compte rendu 2^{ème} entretien

COMPTE RENDU 2^{ème} ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE
A l'attention de : <ul style="list-style-type: none">- <i>Médecin traitant</i>- <i>Infirmier</i>- <i>Oncologue</i>- <i>Kinésithérapeute</i>- <i>Psychologue</i>
SYNTHESE DU PHARMACIEN
Gestion des effets indésirables : <i>Effets indésirables ressentis</i> <i>Capacité à les gérer</i>
Alimentation variée et équilibrée : <i>Points à améliorer/objectifs fixés</i>
Activité physique adaptée : <i>Points à améliorer/objectifs fixés</i>
Sexualité <i>Difficultés rencontrées</i>

Date :

Cadre réservé aux professionnels encadrants le patient (hors pharmacien d'officine)

Remarques générales :
Points importants à revoir avec le patient :

Annexe 14 : Compte rendu 3^{ème} entretien

COMPTE RENDU 3^{ème} ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE
A l'attention de : <ul style="list-style-type: none">- <i>Médecin traitant</i>- <i>Infirmier</i>- <i>Oncologue</i>- <i>Kinésithérapeute</i>- <i>Psychologue</i>
SYNTHESE DU PHARMACIEN
Résultat au questionnaire de GIRERD
Freins pour une bonne observance/Conseils apportés :
BILAN DES SEANCES

Date :

Cadre réservé aux professionnels encadrants le patient (hors pharmacien d'officine)

Remarques générales :
Points importants à revoir avec le patient :

7 BIBLIOGRAPHIE

1. McNeal JE. Regional Morphology and Pathology of The Prostate. *Am J Clin Pathol*. 1 mars 1968;49(3):347-57.
2. Seisen T, Rouprêt M, Faix A, Droupy S. La prostate : une glande au carrefour uro-génital. *Prog En Urol*. juin 2012;22:S2-6.
3. Cornu JN, Cussenot O. Biologie moléculaire de la prostate normale et pathologique. *EMC - Urol*. janv 2011;4(2):1-10.
4. referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf.
5. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. :372.
6. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 - Prostate.
7. Facteurs de risque du cancer de la prostate | Cancer et environnement [Internet]. [cité 9 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/318-Cancer-de-la-prostate.ce.aspx>
8. Crawford ED. Epidemiology of prostate cancer. *Urology*. déc 2003;62(6):3-12.
9. Esposito K, Chiodini P, Capuano A, Bellastella G, Maiorino MI, Parretta E, et al. Effect of metabolic syndrome and its components on prostate cancer risk: Meta-analysis. *J Endocrinol Invest*. févr 2013;36(2):132-9.
10. Merriel SWD, Funston G, Hamilton W. Prostate Cancer in Primary Care. *Adv Ther*. sept 2018;35(9):1285-94.
11. Recommandations françaises du Comité de cancérologie de l'AFU – actualisation 2020–2022 : cancer de la prostate [Internet]. 2020 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-francaises-du-comite-de-cancerologie-de-lafu-actualisation-17>
12. Nguyen-Nielsen M, Borre M. Diagnostic and Therapeutic Strategies for Prostate Cancer. *Semin Nucl Med*. nov 2016;46(6):484-90.
13. Rapport d'orientation - Cancer de la prostate. :80.
14. depistage_du_cancer_de_la_prostate_-_analyse_des_nouvelles_donnees_rapport.pdf.
15. Tuppin P. Dépistage individuel du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, France, 2009-2015. Données du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie. :7.
16. Epstein JI, Egevad L, Srigley JR, Humphrey PA. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma. *Am J Surg Pathol*. 2016;40(2):9.
17. GUIALDPROSMD12 (1).pdf.
18. Recommandations Cancer de la prostate [Internet]. VIDAL. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/cancer-de-la-prostate-3395.html>
19. Litwin MS, Tan HJ. The Diagnosis and Treatment of Prostate Cancer: A Review. *JAMA*. 27 juin 2017;317(24):2532.
20. Déroulement de l'intervention - Chirurgie : la prostatectomie totale [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Chirurgie-la-prostatectomie-totale/Deroulement-de-l-intervention>
21. Gamat M, McNeel DG. Androgen deprivation and immunotherapy for the treatment of prostate cancer. *Endocr Relat Cancer*. déc 2017;24(12):T297-310.

22. ELIGARD 22,5 mg pdre/solv p sol inj [Internet]. VIDAL. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/eligard-22-5-mg-pdre-solv-p-sol-inj-68856.html>
23. ANANDRON [Internet]. VIDAL. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/anandron-466.html>
24. Tirel M. Prise en charge d'un nouveau-né présentant une anomalie des organes génitaux à la naissance, par les équipes de périnatalité: état des lieux dans les maternités de la région Basse-Normandie.
25. zytiga-epar-product-information_fr.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/zytiga-epar-product-information_fr.pdf
26. XTANDI 40 mg cp pellic [Internet]. VIDAL. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/xtandi-40-mg-cp-pellic-185119.html>
27. Apalutamide and Overall Survival in Prostate Cancer | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S030228382030628X?token=1D99E86F37F822952D71366076ECD0B7D913B2FC9585FE0D526C01E96E105D1A825D36CA382F235205D65CBEAF361729&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220524124538>
28. NUBEQA 300 mg cp pellic [Internet]. VIDAL. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/nubeqa-300-mg-cp-pellic-212253.html>
29. Nader R, El Amm J, Aragon-Ching JB. Role of chemotherapy in prostate cancer. *Asian J Androl.* 2018;20(3):221-9.
30. TAXOTERE 160 mg/8 ml sol diluer p perf [Internet]. VIDAL. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/taxotere-160-mg-8-ml-sol-diluer-p-perf-99187.html>
31. Komura K, Sweeney CJ, Inamoto T, Ibuki N, Azuma H, Kantoff PW. Current treatment strategies for advanced prostate cancer. *Int J Urol.* 2018;25(3):220-31.
32. Wiseman LR, Spencer CM. Mitoxantrone: A Review of its Pharmacology and Clinical Efficacy in the Management of Hormone-Resistant Advanced Prostate Cancer. *Drugs Aging.* juin 1997;10(6):473-85.
33. Hanley DA, Adachi JD, Bell A, Brown V. Denosumab: mechanism of action and clinical outcomes. *Int J Clin Pract.* 2012;66(12):1139-46.
34. Kantoff PW, Higano CS, Shore ND, Berger ER, Small EJ, Penson DF, et al. Sipuleucel-T Immunotherapy for Castration-Resistant Prostate Cancer. *N Engl J Med.* 29 juill 2010;363(5):411-22.
35. Handy CE, Antonarakis ES. Sipuleucel-T for the treatment of prostate cancer: novel insights and future directions. *Future Oncol.* avr 2018;14(10):907-17.
36. Li L, Karanika S, Yang G, Wang J, Park S, Broom BM, et al. Androgen receptor inhibitor–induced “BRCAness” and PARP inhibition are synthetically lethal for castration-resistant prostate cancer. *Sci Signal* [Internet]. 23 mai 2017 [cité 20 févr 2023]; Disponible sur: <https://www.science.org/doi/10.1126/scisignal.aam7479>
37. Risdon EN, Chau CH, Price DK, Sartor O, Figg WD. PARP Inhibitors and Prostate Cancer: To Infinity and Beyond BRCA. *The Oncologist.* janv 2021;26(1):e115-29.
38. lynparza-epar-product-information_fr.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/lynparza-epar-product-information_fr.pdf
39. Dispositif d'annonce - Parcours de soins des patients [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce>
40. Les outils pour accompagner le parcours personnalisé du patient - Parcours personnalisé du patient pendant et après le cancer [Internet]. [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.e->

cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Les-outils

41. Masson H. Ancien Président de l'Association mondiale de psychiatrie Membre de l'Académie de médecine. :1082.
42. Bartley T. Chapitre 2. Les implications psychologiques du cancer. Stirling Moorey et Ursula Bates. In: La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour le cancer [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2018 [cité 21 mars 2023]. p. 35-44. (Carrefour des psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-therapie-cognitive-basee-sur-la-pleine--9782807302709-p-35.htm>
43. Cancer : l'impact psychologique de la maladie. :4.
44. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Addiction*. sept 1991;86(9):1119-27.
45. Bonnaud-Antignac A, Cousson-Gélie F, Flahault C. Psychologie de la santé et cancérologie. L'apport de la recherche pour une meilleure prise en charge. *J Psychol*. 2017;351(9):34-40.
46. MSSanté [Internet]. Agence du Numérique en Santé. [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/produits-services/mssante>
47. Anticancéreux oraux : les officines initient de nouveaux accompagnements pharmaceutiques - Communications - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Anticancereux-oraux-les-officines-initient-de-nouveaux-accompagnements-pharmaceutiques>
48. Principes et démarche [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/paris/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/demarche>
49. 2020-10-accompagnement-anticancereux-guide.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://uspo.fr/wp-content/uploads/2020/10/2020-10-accompagnement-anticancereux-guide.pdf>
50. Les patients sous anticancéreux par voie orale [Internet]. [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/anticancereux-voie-orale>
51. COMETE : pour développer les compétences psychosociales en éducation du patient [Internet]. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.cres-paca.org/publications-2/outils-pedagogiques-etudes-webinaires/comete--pour-developper-les-competences-psychosociales-en-education-du-patient>
52. ReCaP-livret-fiches-patients.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.anamacap.fr/telechargement/ReCaP-livret-fiches-patients.pdf>
53. Bouger M. Les recommandations alimentaires pour les adultes [Internet]. Manger Bouger. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/les-recommandations-alimentaires-pour-les-adultes>
54. Activité physique [Internet]. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
55. aps-cancer-2020.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://medicosport.cnosf.org/uploads/documents/aps-cancer-2020.pdf>
56. Colson MH, Lechevallier E, Rambeaud JJ, Alimi JC, Faix A, Gravis G, et al. Sexualité et cancer de la prostate. *Prog En Urol*. sept 2012;22:S72-92.
57. Sexualité et fertilité - Cancer de la prostate [Internet]. [cité 20 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Sexualite-et-fertilite>

58. CIALIS 5 mg cp pellic [Internet]. VIDAL. [cité 28 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/cialis-5-mg-cp-pellic-80823.html>
59. EDEX 20 µg/1 ml pdre/solv p sol inj en cartouche bicompartiment [Internet]. VIDAL. [cité 28 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/edex-20-mcg-1-ml-pdre-solv-p-sol-inj-en-cartouche-bicompartiment-5840.html>
60. rapport_observatoire_societal_des_cancers.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/docs/rapport_observatoire_societal_des_cancers.pdf
61. Heynsbergh N, Botti M, Heckel L, Livingston PM. Caring for the person with cancer: Information and support needs and the role of technology. *Psychooncology*. juin 2018;27(6):1650-5.
62. Espaces Ligue [Internet]. Ligue contre le cancer. [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/article/27777_espace-ligue-et-soins-de-support
63. Espaces de rencontres et d'information [Internet]. Ligue contre le cancer. [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/article/25171_lerir-un-lieu-daccueil-decoute-dechange-et-dinformation-pour-les-personnes-malades-du
64. Cerhom - La fin du cancer, le début de l'homme [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <http://cerhom.fr/cerhom.fr>
65. Cancer de la prostate prévention information et échange | ANAMACaP [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.anamacap.fr/>

Nom – Prénoms : GAUDIN Clémentine, Céline, Sylvie

Titre de la thèse : Rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soin d'un patient diagnostiqué et suivi pour un cancer de la prostate.

Résumé de la thèse : Le cancer de la prostate est au premier rang des cancers masculins et au troisième en termes de mortalité. Avec les progrès scientifiques, de nouvelles solutions thérapeutiques sont proposées et les patients vivent plus longtemps. Le système de santé français évolue donc dans la prise en charge de ces patients. En effet, ces dernières années, le développement des anticancéreux oraux et l'augmentation des prises en charge en ambulatoire placent les professionnels de santé de ville au cœur de cette nouvelle organisation. Un lien fort entre les professionnels de ville et ceux de l'hôpital est nécessaire pour une prise en charge optimale des patients. De plus face à la difficulté d'accès aux professionnels de santé le pharmacien est un interlocuteur de choix pour les patients de par son accessibilité et ses connaissances. Devant l'utilisation grandissante des anticancéreux oraux le pharmacien a un rôle important à jouer pour la prise en charge des patients atteints de cancer. Il doit connaître le parcours de soin hospitalier pour comprendre le quotidien des patients. De plus l'avenant 21 à la convention pharmaceutique lui confère une nouvelle mission : l'éducation thérapeutique en oncologie. Le pharmacien va donc pouvoir accompagner les patients sous hormonothérapie pour mieux comprendre leurs traitements, gérer les effets indésirables, améliorer leur quotidien, et leur observance.

MOTS CLES *(6 maximum en majuscules, tous les mots clés doivent être présents dans le résumé)*

CANCER, PROSTATE, HORMONOTHERAPIE, EDUCATION THERAPEUTIQUE, OFFICINE

JURY

Présidente : Pr Jean-Michel Robert, Professeur, Université de Nantes.

Assesseurs :

Dr Julien Le Forestier, Pharmacien d'officine, Aigrefeuille-sur-Maine.