



Corinne Tillier, infirmière clinicienne spécialisée
Amsterdam, Pays-Bas

Effet du massage d'aromathérapie sur la douleur, la fatigue et les neuropathies périphériques induites par la chimiothérapie chez les patients traités par oxaliplatine. Étude pilote ouverte contrôlée quasi-randomisée

Une grande majorité de patients traités par oxaliplatine souffre de neuropathies périphériques. Les patients peuvent présenter des altérations sensorielles, notamment un engourdissement et des fourmillements affectant le plus souvent les mains et les pieds, mais également une allodynie, une paresthésie/dyesthésie et une douleur neuropathique. Ces symptômes peuvent entraîner un report ou arrêt du traitement limitant l'efficacité de celui-ci, avec des conséquences possibles telles que la progression du cancer. La douleur neuropathique périphérique peut également limiter l'état fonctionnel, nuire à la qualité du sommeil, nuire à la qualité de la vie et entraîner une fatigue, alors que le traitement par oxaliplatine en lui-même a, entre autres, aussi pour effet secondaire la fatigue. Les traitements médicaux prescrits pour les douleurs neuropathiques sont généralement les antidépresseurs tricycliques, les anti-épileptiques, les opioïdes.

Les corticostéroïdes, l'érythropoïétine sont souvent prescrits pour la fatigue. Malheureusement, l'efficacité de ces traitements est limitée et ceux-ci sont associés à des effets secondaires comme la constipation, troubles de l'humeur, suppression immunitaire, sédation, risque d'infection, pancréatite aiguë, et problèmes de glycémie.

C'est pourquoi les traitements non médicaux sont souvent privilégiés. Le massage d'aromathérapie est une méthode non médicamenteuse utilisée pour soulager la douleur et diminuer la fatigue ressentie par les patients. Des études pré-cliniques et des rapports de cas cliniques suggèrent le bienfait des huiles essentielles de camomille, de menthe poivrée et de romarin sur les douleurs neuropathiques périphériques. Les huiles essentielles de camomille, lavande, noix de coco, gingembre sont utilisées pour la fatigue. Le problème est que les études cliniques à ce sujet sont limitées.

Une récente étude clinique pilote contrôlée quasi-randomisée a été effectuée en Turquie par une équipe de médecine interne. Cette étude avait pour but d'étudier l'effet des massages à base d'huiles essentielles sur la douleur neuropathique périphérique et la douleur induite par le traitement d'oxaliplatine. Étant donné qu'il était impossible de créer un placebo à la place des huiles essentielles, les auteurs ont étudié deux groupes de patients. Un groupe bénéficiant des massages et l'autre groupe recevant les soins conventionnels. Les patients pouvant participer à cette étude avaient tous un cancer du côlon, étaient tous traités par le régime FOLFOX 6 (oxaliplatine, 5-FU et acide folique) et avaient des douleurs neuropathiques périphériques. Les patients exclus sont ceux qui étaient allergiques aux huiles essentielles, avaient des douleurs neuropathiques liées à une autre pathologie telle que le diabète, souffraient de phlébites, avaient des métastases cérébrales et bénéficiaient déjà d'un traitement médical pour les neuropathies périphériques. La sélection des patients s'est effectuée de façon quasi-aléatoire (*quasi-random*). Les massages d'aromathérapie des pieds et des mains ont démarré dès le premier jour de chimio, trois fois par semaine durant six semaines. Les huiles essentielles de camomille, de menthe poivrée et de gingembre

doi: 10.1684/hnc.2019.67

ont été utilisées grâce à leur effet analgésique, neuroprotecteur et aussi connu pour faciliter la circulation sanguine. L'échelle d'évaluation numérique (NRS) a été utilisée pour évaluer la douleur (évaluation de la douleur de 0 à 10), ainsi que le questionnaire DN4 qui cible les douleurs neuropathiques et l'échelle de fatigue de Piper-PFS (évaluation de la fatigue). Au total, 46 patients ont participé à cette étude clinique, dont 22 dans le groupe d'intervention (massage) et 24 dans le groupe de contrôle (soins conventionnels). Pratiquement 50 % des patients dans les deux groupes ont développé une neuropathie périphérique (pieds et mains) et les symptômes ont été décrits sévères, surtout la première semaine suivant la chimio (59 % dans le groupe d'intervention et 79 % dans le groupe de contrôle). Six semaines après le début de l'expérimentation, les douleurs de neuropathies périphériques étaient de façon significative moindre dans le groupe d'intervention. Cependant, cette différence a disparu la huitième semaine (les massages ont duré six semaines) et les douleurs étaient au même niveau dans les deux groupes. Cela signifie que les massages d'aromathérapie ont un effet de courte durée. L'effet des massages a été évalué dans les deux groupes et ce n'est que la huitième semaine que le groupe d'intervention ressentait de façon significative moins de fatigue que le groupe de contrôle. D'autres études sont nécessaires pour valider ces résultats. Il est important de souligner qu'aucun patient n'a présenté d'effets secondaires liés au massage aux huiles essentielles.

Izgu N, Ozdemir L, Bugdayci Basal F. Effect of aromatherapy massage on chemotherapy-induced peripheral neuropathic pain and fatigue in patients receiving oxaliplatin. An open label quasi-randomized controlled pilot study. *Cancer Nursing* 2019 ; 42(2) : 139-47. Doi : 10.1097/NCC.0000000000000577

Prévalence de cancer chez les résidents de maisons de retraite et management de la maladie chez cette population

Aux États-Unis, la population âgée (> 85 ans) représente déjà 1,6 % de la population totale

(soit 5,5 millions de personnes). Les prévisions démographiques sous-entendent qu'aux environs de 2050, la population âgée représentera 4,5 % de la population mondiale. L'incidence du cancer est importante chez les personnes âgées. Dans la prise de décision thérapeutique, les comorbidités, l'état des patients sont pris en compte.

Une équipe française a effectué une étude descriptive de la prévalence de cancers dans 45 maisons de retraite et a étudié le management de la maladie chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Sur les 2 552 résidents des 45 établissements, 214 ont été inclus dans cette étude. L'âge moyen de la population était de 90 ans (76-104). Environ 8,4 % ($\pm 1,1\%$) ont été diagnostiqués d'un cancer après 75 ans, dont plus de la moitié après 85 ans. Les pensionnaires étaient plutôt des femmes (63 %). Les cancers diagnostiqués furent : cancer de la peau (26 %), cancers digestifs et du sein (18 % les deux). Dans 12 % des cas, il était question de cancers métastasés. Les résidents étaient modérément dépendants dans 50 % des cas et très dépendants, voire totalement dépendants, dans 43 % des cas (la grille AGGIR pour évaluer la dépendance a été utilisée).

Cette étude met en lumière le manque d'information sur le stade de la maladie, l'insuffisance de rapport d'équipe multidisciplinaire et un manque de suivi oncologique (moins de 50 % des résidents ont un suivi oncologique). Les décisions thérapeutiques furent associées à l'âge du résident. Plus le patient était âgé, moins il y avait d'information sur le stade de la maladie et moins il y avait de plans thérapeutiques. Comparés aux résidents qui ont été diagnostiqués avant l'admission en maison de retraite, les patients diagnostiqués après leur admission ont reçu un traitement palliatif et cette différence au niveau des statistiques était significative ($p < 0,001$; 26 % pour les résidents diagnostiqués avant l'admission *versus* 58 % pour les résidents diagnostiqués après l'admission en maison de retraite). Ces résultats se retrouvent aussi dans la littérature, où il a été établi que les résidents de maisons de retraite ont moins accès aux traitements anti-cancéreux que les personnes âgées vivant à domicile. Une étude belge a

¹ Hamaker ME, Hamelinck VC, van Munster BC, *et al.* Non referral of nursing home patients with suspected breast cancer. *Journal of the American Medical Directors Association* 2012 ; 13 : 464-9. Doi : 10.1016/j.jamda.2012.01.002.

même démontré que 33 % des résidents en maison de retraite ne sont pas référés à un hôpital, souvent à cause de démence sénile terminale, vœux de la famille et espérance de vie très courte¹. S'appuyer sur l'âge chronologique seul pour prendre des décisions thérapeutiques n'est plus une approche acceptable dans le traitement du cancer. Une gestion multidisciplinaire impliquant des gériatres est primordiale, car d'autres spécialistes risquent de sous-estimer et de diagnostiquer de manière erronée les résultats des évaluations gériatriques. Les décisions concernant les débats éthiques dans les maisons de retraite, les soins de fin de vie, la prise de décision thérapeutique, la décision de ne pas réanimer, ou la décision d'hospitaliser ou non devraient être discutées avec les membres du personnel, la famille du résident ou le résident lui-même. Cette étude souligne la nécessité de mieux reconnaître les

résidents de maisons de retraite qui ont été diagnostiqués d'un cancer, de mieux communiquer avec les patients eux-mêmes et leurs familles, et d'encourager les consultations dans les centres de soins d'oncologie si cela est conforme aux objectifs de soins.

Liu E, Guyot N, Valero S, et al. Prevalence of cancer and management in elderly nursing home residents. A descriptive study in 45 French nursing homes. *Eur J Cancer Care* 2019 ; 28 : e12957. Doi : 10.1111/ecc.12957.

Cancers gynécologiques : sexualité et ménopause

Les cancers gynécologiques comprennent le cancer de l'endomètre, de l'utérus, de l'ovaire, des trompes, de la vulve et du vagin. Les traitements

Tableau 1. Effets physiologiques et psychologiques.

Cancer utérin	Cancer cervical	Cancer ovarien	Cancer de la vulve
Dépression	Perturbation de l'image du corps	Perturbation de l'image du corps	Perturbation de l'image du corps
Irritabilité	Dysfonction sexuelle liée à l'ablation du cervix	Dépression	Dépression
Œdèmes lymphatiques	Dépression	Ménopause précoce	Conséquences psychologiques suite à l'ablation du clitoris, des petites/grandes lèvres
Séquelles des rayons (fibrose)	Ménopause précoce	Infertilité	Dysfonction sexuelle
Vagin raccourci	Problèmes de fertilité	Irritabilité	Douleur vulvaire
Vagin atrophié	Risque de fausses couches, prématurité, césarienne obligatoire	Vagin atrophié	
Symptômes vasomoteurs	Irritabilité	Symptômes vasomoteurs	
	Œdèmes lymphatiques		
	Séquelles des rayons (fibrose)		
	Symptômes vasomoteurs		

Source : Carter J, Stabile C, Gunn A, Sonoda Y. The physical consequences of gynecologic cancer surgery and their impact on sexual, emotional, and quality of life issues. *J Sex Med* 2013 ; 10(Suppl 1) : 21-34.

¹ Hamaker ME, Hamelinck VC, van Munster BC, et al. Non referral of nursing home patients with suspected breast cancer. *Journal of the American Medical Directors Association* 2012 ; 13 : 464-9. Doi : 10.1016/j.jamda.2012.01.002.

des cancers gynécologiques varient de la chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie à une combinaison de ces traitements. Grâce aux traitements, les patientes survivent à leur cancer. Malheureusement ceux-ci peuvent avoir des répercussions importantes sur la sexualité (*tableau 1*).

Les conséquences des traitements sont les suivantes :

- Ménopause/ménopause précoce. La ménopause est souvent induite par les traitements des cancers gynécologiques. Les symptômes de la ménopause sont surtout vasomoteurs avec des bouffées de chaleur et transpirations nocturnes. Les effets physiques et psychologiques sont : sécheresse vaginale, dyspareunie, mauvais sommeil, irritabilité, changement de l'image du corps et dépression. La ménopause précoce imputée au traitement anti-cancéreux se distingue de la ménopause « normale » dans la mesure où la ménopause précoce est avant 40 ans et arrive de façon abrupte, alors que la ménopause « normale » se définit par l'absence de menstruation durant un

an et apparaît, en général, vers 52 ans en moyenne. Une ménopause précoce peut avoir des répercussions psychologiques dévastatrices chez les patientes car celles-ci ne peuvent plus avoir d'enfants.

- Sexualité. L'atrophie vaginale est souvent liée à la radiothérapie ou chimiothérapie. Le tissu vaginal devient sec, fin, est inflammé causant des démangeaisons, sensations de brûlure, douleurs lors de rapports sexuels. Sans oublier les problèmes urinaires comme l'incontinence. Les troubles de l'orgasme sont souvent présents après une hystérectomie totale.

Les cancers gynécologiques ont un énorme impact sur la sexualité. Il est important de bien informer les patientes avant tout traitement et surtout il faut continuer à les suivre à long terme après le traitement, car beaucoup de ces patientes survivent à leur cancer mais restent avec des séquelles au niveau psychologique et sexuel.

Harris MG Sexuality and menopause : unique issues in gynecologic cancer. *Seminars in Oncology Nursing* 2019 ; 35 : 211-6. Doi : 10.1016/j.soncn.2019.02.008.