

TABLE DES MATIERES

DE QUOI S'AGIT-IL ?.....	3
• LES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT (SOS).....	3
• LES SOINS PALLIATIFS	4
LA FATIGUE.....	5
• QUELQUES DÉFINITIONS.....	5
• C'EST TRÈS FRÉQUENT.....	5
• LA FATIGUE SELON LES PHASES DU CANCER.....	6
• COMMENT LA FATIGUE NOUS AFFECTE-T-ELLE ?	6
• LES CAUSES.....	7
• LA FATIGUE ASSOCIEE AUX TRAITEMENTS.....	7
• QUE FAIRE POUR EVITER LA FATIGUE ?	8
• UNE ANEMIE EST PRESENTE CHEZ PLUS DE LA MOITIE DES PATIENTS.....	9
LA PERTE DES CHEVEUX.....	12
• LES CHEVEUX.....	12
• POURQUOI LA CHIMIOThERAPIE FAIT-ELLE TOMBER LES CHEVEUX ?	13
• COMMENT CELA SE PASSE-T-IL ?.....	14
• LA REPOUSSE	14
• LA RADIOTHERAPIE.....	14
• QUE FAIRE ?.....	15
• UNE PERRUQUE OU PROTHÈSE CAPILLAIRE.....	15
• LE CASQUE RÉFRIGÉRANT	16
LES VOMISSEMENTS ET LES NAUSEES.....	18
• QUELQUES DÉFINITIONS.....	18
• QUELLES EN SONT LES PRINCIPALES CAUSES ?	18
• LES DIFFÉRENTS TYPES DE NAUSÉES OU de VOMISSEMENTS.....	19
• POURQUOI, LORS D'UNE CHIMIOThERAPIE ?	20
• LES NAUSÉES ET LES VOMISSEMENTS NE DOIVENT PAS ÊTRE NÉGLIGES... ..	20
• LES MECANISMES DES VOMISSEMENTS OU DES NAUSEES	21

- LES ANTAGONISTES DES RECEPTEURS A LA DOPAMINE DE TYPE 2 (D2) 22
- LES ANTI-5-HT3 OU "SETRONS" 22
- LES ANTAGONISTES DES RECEPTEURS AUX NEUROKININES DE TYPE 1 (NK1)..... 23
- LES CORTICOÏDES..... 24
- D'AUTRES OPTIONS... 25
- QUELQUES ASTUCES..... 26

Circulaire DHOS/SDO/2005/101

"C'est l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de leur maladie conjointement aux traitements oncologiques ou hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a, pour assurer la meilleure qualité de vie possible aux patients tout au long de la maladie, sur le plan physique, psychologique et social en prenant en compte la diversité de leurs besoins, ceux de leur entourage et ce, quel que soit leurs lieux de soins."

Les soins de support ont aussi comme objectif de diminuer ou d'aider à mieux supporter les effets secondaires liés à la maladie ou à ses traitements.

QUELQUES DÉFINITIONS...

LA PHASE CURATIVE

C'est la phase de la maladie durant laquelle les soins et les traitements sont prodigués avec un objectif de guérison de la maladie et de maintien de la qualité de vie.

LA PHASE PALLIATIVE

C'est la phase de la maladie durant laquelle les des soins et les traitements sont donnés avec un objectif de tenter de contrôler la maladie en tenant compte de la qualité de vie et, chaque fois que possible, d'allonger la durée de vie, si l'obtention d'une réponse tumorale est encore possible.

LA PHASE TERMINALE

C'est la phase durant laquelle le décès est inévitable et proche. L'objectif des soins et des traitements est alors uniquement centré sur la qualité de la vie.

DE QUOI S'AGIT-IL ?

- **LES SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT (SOS)**

DÉFINITION

C'est l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements dirigés contre le cancer, lorsqu'il y en a (traduction du terme anglais "supportive care").

QUELS SONT LES CIBLES ?

Le traitement de la douleur

La prise en charge de la fatigue

Les traitements de troubles spécifiques comme :

- Les troubles digestifs
- Les troubles respiratoires
- Les troubles génito-urinaires
- Les problèmes dentaires
- Les troubles moteurs et les handicaps
- Les problèmes nutritionnels
- Les difficultés sociales
- La souffrance psychique
- Les perturbations de l'image corporelle
- L'accompagnement de fin de vie du patient... et de son entourage

LES PROFESSIONNELS IMPLIQUÉS

- Les médecins (généraliste, spécialiste d'organes (diagnostic, surveillance), oncologues, chirurgiens, radiothérapeutes, autres (anesthésiste, radiologue..., même le cardiologue)
- Les spécialistes de la douleur (algologues, CLUDS, hypnose)
- Le personnel soignant
- Les pharmaciens
- Les diététiciennes
- Les kinésithérapeutes (Relaxation, sophrologie)
- Les psychologues (psycho oncologie)
- Les assistantes sociales
- Les socio-esthéticiennes
- Les bénévoles
- Les unités de soins palliatifs

QUAND ?

Ils participent au traitement du cancer et sont donc présents tout au long de la maladie, de la phase des traitements à la période de surveillance et ceci quel que soit le stade d'évolution.

Les « soins continus » sont appliqués tout au long de la maladie, quels que soient son stade et son issue, de façon continue et coordonnée, par une même équipe ou des équipes différentes.

Les « soins globaux », eux, intègrent toutes les composantes de la maladie : médicale, paramédicale, psychologique, sociale

• LES SOINS PALLIATIFS

La phase palliative active

C'est la période durant laquelle les objectifs des soins et des traitements sont la prise en charge de la qualité de vie et, chaque fois que possible, la durée de vie, si l'obtention d'une réponse tumorale est encore possible, malgré l'impossibilité d'une guérison.

La phase palliative terminale

C'est la période durant laquelle le décès est inévitable et proche. L'objectif des soins et des traitements est alors uniquement centré sur la qualité de vie.

LA FATIGUE

• QUELQUES DÉFINITIONS...

LA FATIGUE OU L'ASTHÉNIE

En cancérologie, on utilise indifféremment le terme de fatigue ou asthénie.

C'est une sensation subjective d'épuisement physique, émotionnel ou cognitif en relation avec la maladie et/ou ses traitements qui n'est pas proportionnelle à une activité physique récente, qui ne cède pas au repos et qui interfère avec les gestes de la vie quotidienne.

- L'asthénie physique prédomine généralement le soir ou en fin d'après-midi
- L'asthénie psychique est plus marquée, en général, le matin et est souvent accompagnée de symptômes de type dépressifs.

LA DÉSADAPTATION A L'EFFORT

La désadaptation à l'effort, ou déconditionnement, est la diminution des capacités physiques et/ou psychologiques qui affecte la vie quotidienne et résulte d'une inactivité prolongée.

• C'EST TRÈS FRÉQUENT...

La fatigue est l'effet secondaire le plus fréquemment rencontré chez les patients atteints de cancer.

Sa prévalence varie de 30 à 100 % selon la tumeur, le stade de la maladie et le traitement.

De 80 à 100 % des malades sous chimiothérapie et de 30 à 90 % des patients ayant eu une radiothérapie, souffrent de fatigue.

SELON UNE ENQUETE, PREVALENCE ET DUREE DE LA FATIGUE

- Chaque jour : 50 % ressentie par 33 % des femmes et 22 % des hommes
- Quelques jours par semaine : 25 %
- Pratiquement jamais : 25 %

• LA FATIGUE SELON LES PHASES DU CANCER

Les spécialistes décrivent plusieurs types de fatigues associés au cancer :

- La « fatigue annonciatrice » du cancer
- La fatigue engendrée par l'annonce du diagnostic qui est accompagnée de stress et d'anxiété
- La fatigue liée aux traitements et à leur lourdeur chez 30 à 60 % des patients
- La fatigue persistante et à distance des traitements souvent handicapante et inquiétante car pouvant être considérée comme une preuve d'une rechute.

On estime que 25 à 30 % des patients se plaignent d'un certain degré de facteur au-delà de la première année suivant la fin du traitement.

• COMMENT LA FATIGUE NOUS AFFECTE-T-ELLE ?

PAR SA "DIMENSION" PHYSIQUE

Elle se traduit par un manque d'endurance, un besoin accru de repos, un manque d'énergie avec pour conséquence une baisse de l'activité physique et sexuelle.

Elle s'accompagne d'une diminution de l'autonomie qui peut se traduire par une difficulté à remplir son rôle dans la famille et au travail.

PAR SA "DIMENSION" ÉMOTIONNELLE

La fatigue s'accompagne très souvent à un état dépressif plus ou moins marqué et plus ou moins reconnu. Cette dimension peut se traduire par un certain manque de courage et de combativité

PAR SA "DIMENSION" COGNITIVE

Les troubles les plus souvent rapportés sont des difficultés à se concentrer, à mémoriser ou à raisonner voire une certaine perte de lucidité.

Ses manifestations de la fatigue peuvent affecter les relations interpersonnelles sous forme de perte de la maîtrise de soi, de difficulté à intégrer des informations et accroissent le risque d'accident professionnel, domestique ou de la route.

L'incapacité à se ressourcer survient plus tardivement que la fatigue physique et régresse progressivement. Elle est plus importante et plus durable chez la personne âgée et à un stade avancé de la maladie.

- **LES CAUSES**

Elles sont multiples et parmi les plus communes, on peut citer :

- L'anémie par déperdition ou dysmétabolisme du fer
- Les traitements : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie
- La douleur
- La dépression ou l'état émotionnel du moment
- Les troubles du sommeil
- La malnutrition
- L'existence d'un syndrome inflammatoire chronique
- Une insuffisance des fonctions essentielles organiques : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, hépatique, ...
- Les causes endocriniennes : diabète, insuffisance thyroïdienne, insuffisance surrénalienne, ...

En fait, les spécialistes s'accordent sur le fait que la sensation de fatigue est la résultante de l'effort réclamé à l'organisme pour lutter contre la maladie et des effets secondaires des traitements employés pour la guérir ou la contrôler.

CRITERES EN FAVEUR D'UNE FATIGUE LIEE AU CANCER (PRESENCE D'AU MOINS 5 SYMTOMES)

- **Plainte de faiblesse généralisée ou de lourdeur des jambes**
- **Diminution de la concentration ou de l'attention**
- **Diminution de la motivation ou de l'intérêt pour les activités habituelles**
- **Insomnie ou besoin excessif de sommeil**
- **Sommeil ressenti comme ni revigorant ni réparateur**
- **Sensation qu'il faut faire un gros effort pour surmonter l'inactivité**
- **Réaction émotionnelle inhabituelle à la sensation de fatigue ; fatigue empêchant de remplir les tâches quotidiennes**
- **Problème de mémoire à court terme**
- **Fatigue ressentie après un effort dure au moins deux heures**

- **LA FATIGUE ASSOCIEE AUX TRAITEMENTS...**

LA CHIRURGIE

La fatigue est surtout sensible la première semaine postopératoire. Elle est parfois intense mais est de courte durée. Elle disparaît, le plus souvent, après 3 mois.

LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

C'est un effet systémique de ce type de traitement qui est en relation avec la zone traitée et l'intensité de l'irradiation reçue. De plus, elle est aggravée par les transports répétitifs liés aux séances 5 fois par semaine.

Habituellement elle est plus importante en fin de semaine et à tendance à régresser le week-end.

Elle se traduit par une baisse progressive des forces et de l'endurance à laquelle s'associe, en fin de traitement, une diminution des facultés de concentration, des pertes de mémoire, ...

LES TRAITEMENTS SYSTÉMIQUES

La chimiothérapie

La fatigue évolue en plusieurs phases.

Elle apparaît dans les 2 à 3 jours qui suivent l'administration des médicaments avec un pic vers le cinquième jour, souvent avant le nadir (point le plus bas des globules blancs et/ou rouges).

Elle régresse ensuite jusqu'au cycle suivant.

Elle est cumulative avec le nombre de cycles et varie selon le protocole, les effets indésirables associés, la durée et votre attitude par rapport au traitement.

L'hormonothérapie

Chez l'homme la fatigue est surtout notable après 3 mois d'hormonothérapie. Elle est parfois majorée par un état dépressif et la baisse de la virilité qui y est associée.

Chez la femme, aux désagréments liés aux troubles liés à une ménopause, s'associe souvent une prise de poids.

• QUE FAIRE POUR EVITER LA FATIGUE ?

DES MESURES SIMPLES...

Bien qu'il soit souvent impossible d'éviter complètement la fatigue, il existe des mesures simples que vous pouvez prendre pour réduire la sensation de fatigue. Voici quelques suggestions tirées de notre expérience :

- Exécutez les gestes quotidiens de soins corporels assis, comme le rasage, le brossage des dents et le coiffage. Demandez de l'aide, si possible, pour économiser vos forces.
- Programmez les tâches quotidiennes nécessaires tout au long de la journée au lieu de les réaliser à la suite.
- Prévoyez des périodes de repos au cours de la journée afin de réserver de l'énergie pour les choses importantes
- Faites des petites siestes mais faites attention, cependant, de ne pas dormir trop longtemps afin de garder du sommeil pour la nuit ! Mettez un réveil...
- Adoptez une alimentation équilibrée pour accélérer la guérison

- Consommez des aliments riches en protéines
- Prenez des petits repas espacés au cours de la journée plutôt que deux gros repas. En procédant ainsi, vous pouvez augmenter votre consommation de calories.
- Maintenez votre consommation de liquides tout en prenant soin de ne pas compenser la prise d'aliments plus nutritifs au profit des liquides
- Interrogez l'équipe médicale sur l'intérêt de la prise de compléments alimentaires car, hormis le fait qu'ils sont assez coûteux, ils provoquent assez souvent des diarrhées.

SI VOUS TRAVAILLEZ...

Allégez votre emploi du temps autant que possible, durant les traitements et discutez, avec l'équipe de soin, de votre plan de traitement et ses effets prévisibles sur votre performance au travail. Si un impact significatif est à prévoir, dans ce cas, ayez une discussion avec votre supérieur direct avant de commencer le traitement.

Diminuez le nombre d'heures de travail, si possible, prenez des jours de congé la semaine où vous recevez le traitement.

Dans la mesure du possible, prévoyez vos traitements quotidiens tôt le matin avant d'aller travailler ou tard dans l'après-midi après le travail. Si le traitement est administré tôt dans la journée, garder à l'esprit que le pic de fatigue se situe environ deux heures après le traitement. Évitez de programmer des affaires importantes au moment du pic de fatigue.

Si possible, profitez des périodes de pause ou de déjeuner pour vous reposer.

Assurez-vous de manger correctement et vérifiez que votre alimentation est appropriée pour aider à la guérison et diminuer la fatigue.

• UNE ANEMIE EST PRESENTE CHEZ PLUS DE LA MOITIE DES PATIENTS...

DÉFINITION

De l'anémie

Elle est définie par une diminution de l'hémoglobine (Hb) inférieure à un seuil limite qui varie en fonction de l'âge et du sexe.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fixé ce seuil à 120 g/L pour les femmes non enceintes et 130 g/L pour les hommes.

En fonction de ses caractéristiques...

Elle est dite normochrome lorsque la concentration des globules rouges en hémoglobine (CCMH) est supérieure à 32%.

Elle est dite, selon le volume des globules rouges (VGM), normocytaire ou macrocytaire si le VGM est supérieur à 100.

Selon le taux des réticulocytes, l'anémie est dite arégénérative si leur taux est inférieur à $100-150 \times 10^9 /L$.

LES CONSÉQUENCES

L'anémie, présente chez plus de 50 % des patients est à l'origine d'une altération de la qualité de vie tant sur le plan physique, que psychique et que socio-professionnel.

Elle se traduit par un état de fatigue, de faiblesse et parfois de somnolence. Elle a une incidence psychologique non négligeable et peut s'accompagner de troubles de la mémoire. Par ailleurs, elle est à l'origine de défaillance d'importantes fonctions vitales, détresse respiratoire, décompensation cardiaque, par exemple.

SON TRAITEMENT

Avant toute chose...

L'équipe soignante, avant tout traitement, recherchera le mécanisme de l'anémie et, si possible, entreprendra un traitement pour en guérir la cause (traitement dit étiologique). De plus, facteur important, elle évaluera le retentissement et la rapidité d'apparition de l'anémie.

Le traitement martial

Une alimentation normale apporte en moyenne dix fois plus de fer (10 à 20 mg/j) que ne le permet l'absorption intestinale (environ 1 à 2 mg/j).

Une anémie par carence martiale est due à une déplétion des réserves en fer de l'organisme. Normalement, il y a environ 4 g de fer dans l'organisme dont 70 % sont contenus dans l'hémoglobine. Le traitement substitutif repose sur l'apport de sels de fer.

Par voie orale...

Il s'agit de fer sous forme de

- Sulfate ferreux : Fero-Grad™ (+ Vit C), Tardyféron™ (+ Vit C), Tardyféron™ (+ acide folique - B9
- Fumarate ferreux : Fumafer™, Ferrostrane™ (sirop), Ferriprox™ et génériques).

La dose est en moyenne de 150 à 200 mg/jour de fer métal, en prise fractionnée et au décours des repas, afin d'en améliorer sa tolérance digestive. Un apport supplémentaire de 500 mg vitamine C (acide ascorbique) peut augmenter l'absorption du fer.

Le critère d'arrêt du traitement compensateur est la normalisation de la ferritinémie.

L'inconvénient principal du traitement par voie orale est sa relative mauvaise tolérance digestive. Il peut engendrer des douleurs abdominales, des nausées, des épigastralgies, des épisodes de constipation ou de diarrhée et, enfin, des selles noires.

Par voie intraveineuse

L'apport de fer peut aussi se faire par voie intraveineuse avec des spécialités comme, par exemple

- Les complexes d'hydroxyde ferrique–saccharose : Vénofer™ et Fer Mylan™, 100 mg par ampoule
- Les complexes d'hydroxyde ferrique–dextran : Ferristat™. 100 à 200 mg par ampoule
- Le carboxymaltose ferrique (Ferinject™, 100 à 1000 mg par injection) ainsi que d'autres spécialités en cours d'homologation comme le ferumoxytol (Feraheme™), 510 mg par injection ; fer) et l'isomaltoside (Monofer™), 100 à 1000 mg par injection.

Cette voie d'administration est indiquée en cas de malabsorption digestive, de pertes sanguines non contrôlables, d'intolérance ou de non-adhérence au traitement martial par voie orale.

L'administration IV s'accompagne d'une coloration rouge des urines et parfois d'un goût métallique.

Les nouvelles spécialités ont un risque d'anaphylaxie bien moindre (0,002 % d'anaphylaxie fatale), une durée d'injection intraveineuse plus courte et une dose injectable maximale possible par perfusion plus importante.

L'érythropoïétine (EPO)

C'est une hormone naturelle secrétée par le rein qui stimule la production de globules rouges.

Plusieurs EPO sont à la disponibilité de votre oncologue :

- Eprex™ : 40 000 U par semaine
- NéoRecormon™ : 30 000 U par semaine
- Aranesp™ : 500 µg toutes les 3 semaines
- Les biosimilaires, comme, par exemple, le Binocrit™ , l'Abseamed™ , le Retacrit™

Elles sont administrées sous forme d'injections intraveineuses ou sous-cutanées. Si la quantité de fer contenue dans le sang est basse (saturation de la transferrine < 20%), on pourra associer du fer.

Au bout de 2 semaines, dès que le taux de l'hémoglobine augmente de 1 g/l, la dose sera diminuée pour obtenir des valeurs supérieures à 10 g/l.

Les transfusions

Les transfusions sanguines ne sont indiquées que lorsqu'il existe des signes de mauvaise tolérance de l'anémie.

POUR CONCLURE UN TEMOIGNAGE DE PATIENT

... « La fatigue est partout

La fatigue dure toute la journée ; c'est peiner toute la journée

La fatigue, ce n'est pas si grave ; personne ne voit qu'on est fatigué ; être fatigué, c'est faire semblant de rien ; être fatigué, c'est soupirer en cachette

Être fatigué, c'est dire à quelqu'un ce qu'il sait déjà

Être fatigué, c'est beaucoup dormir et ... se réveiller fatigué ; la fatigue ne cesse jamais

On ne parle pas de la fatigue » ...

Un patient...

LA PERTE DES CHEVEUX

- **LES CHEVEUX...**

QUELQUES NOTIONS DE BASE...

La tige du cheveu, ou tige capillaire

Elle sort de la peau et, à son origine, il y a le follicule pileux (bulbe) autour duquel on retrouve, les vaisseaux sanguins et les nerfs. La zone péri-bulbaire est la zone nourricière du cheveu.

La tige capillaire est composée de protéines soufrées, essentiellement de la kératine. C'est la substance qui détermine la résistance du cheveu et sa souplesse.

Les pigments déterminent la couleur des cheveux.

Quelques chiffres pour fixer les idées

Dans notre chevelure, nous avons entre 100 000 et 160 000 cheveux, soit 250 à 350 cheveux par cm² et 5 millions de poils sur le corps.

LE RENOUVELLEMENT DES CHEVEUX

Environ 95 % des follicules pileux sont en phase de croissance. Les cellules des follicules se multiplient toutes les 12 à 24 heures ce qui se traduit par une vitesse de pousse des cheveux mensuelle de 1 à 2 cm et des poils de 0,1 à 0,5 cm.

Le renouvellement naturel permet de compenser la perte d'environ 100 cheveux par jour. Une chute de plus de 150 cheveux par jour est une chute excessive.

Un cheveu se renouvelle environ 25 fois au cours d'une vie.

Le renouvellement se réalise en 3 phases :

- La phase de croissance ou phase anagène correspond à un allongement de la tige et dure de 2 à 6 ans, 3 ans en moyenne
- La phase catagène correspond à l'arrêt de la synthèse de kératine et à l'arrêt de la pousse et dure environ deux semaines
- La phase, télogène, dure de 2 à 3 mois et correspond à la chute du cheveu. Dès que le cheveu est tombé, un nouveau cycle s'opère.

Normalement la répartition des différentes phases du cycle pileux est de 85 % en phase anagène, 1 % en phase catagène et 14 % environ en phase télogène.

- **POURQUOI LA CHIMIOThERAPIE FAIT-ELLE TOMBER LES CHEVEUX ?**

ELLE DÉTRUIT LES CELLULES CANCÉREUSES ET CERTAINES CELLULES NORMALES...

Rappel

La chimiothérapie est un traitement dont la finalité est de détruire les cellules cancéreuses en bloquant leur développement.

Son action n'est pas totalement spécifique car les cellules cancéreuses n'ont pas de caractéristiques particulières et de ce fait la chimiothérapie va toucher indistinctement les cellules normales et les cellules cancéreuses. Ceci explique les effets secondaires touchant presque tous les tissus rencontrés lors des traitements.

Les follicules pileux

La chimiothérapie s'attaque aux cellules à cycle cellulaire court comme les cellules cancéreuses mais aussi celles des cheveux, des muqueuses et les cellules du tissu sanguin (hématopoïétiques).

QUELS MÉDICAMENTS ?

Avec la chimiothérapie conventionnelle

Elle peut selon les molécules, entraîner une chute des cheveux et des poils car ces médicaments affectent la croissance des cellules des follicules pileux. Ceci se traduit par un éclaircissement de la chevelure et, dans certains cas, une chute totale des cheveux.

Votre oncologue vous informera si les médicaments que vous allez recevoir sont susceptibles ou non de provoquer une chute de cheveux et quelle en sera l'évolution.

Le tableau ci-dessous vous donne le risque de perdre les cheveux en fonction du traitement prescrit.

Avec les thérapies ciblées

Elle survient tardivement après trois à quatre mois de traitement. Elle est surtout observée avec l'erlotinib. On observe une alopécie avec une chute des cheveux sur les golfes temporaux et sur le vertex mimant une alopécie androgénique. Elle s'accompagne d'une modification de la texture des cheveux qui deviennent duveteux, fins, fragiles, bouclés et difficiles à coiffer.

En outre, un duvet du visage peut apparaître tardivement, principalement avec l'erlotinib et disparaître à l'arrêt du traitement.

Un allongement des cils ou trichomégalie ciliaire qui correspond à une pousse anarchique sous forme d'amas de cils, peut apparaître après plusieurs mois de traitement.

LE RISQUE EN FONCTION DES MOLECULES UTILISEES ...

- **Grade 0 : pas d'alopecie**
 - o Anticorps monoclonaux, bortezomib
- **Grade 1 : peu alopeciant**
 - o Sels de platine, 5 FU, carmustine, gemcitabine
- **Grade 1 – 2 : peu à moyennement alopeciant**
 - o Bléomycine, mitoxantrone, méthotrexate
- **Grade 2 : moyennement alopeciant (en plaques)**
 - o Cytarabine, irinotécan, alcaloïdes de la pervenche
- **Grade 2 – 3 : moyennement à très alopeciant**
 - o Phosphamides, topotécan
- **Grade 3 : très alopeciant (perte totale)**
 - o Anthracyclines, taxanes

• COMMENT CELA SE PASSE-T-IL ?

En l'absence de radiothérapie crânienne associée, l'alopecie chimio-induite est dans l'immense majorité des cas réversible, donc temporaire.

La chute débute vers le 10ème jour après le début du traitement et est maximale au bout de 2 mois. Elle peut être uniforme ou par touffes.

Dans certains cas, si la chute est intense, elle s'accompagne d'une dépilation plus générale, axillaire et pubienne. Les cils et les sourcils sont les derniers touchés.

L'alopecie est fonction de la voie d'administration. La chimiothérapie par voie orale et les perfusions hebdomadaires sont moins alopeciantes que les fortes doses et associations de médicaments.

• LA REPOUSSE

Elle débute 4 à 6 semaines après la dernière cure de chimiothérapie et se fait à la vitesse normale, soit environ 1 cm par mois.

Il faut savoir que la texture et la couleur peuvent être modifiées après la rechute et souvent, les cheveux de repousse sont plus souples, plus frisés ou ondulés. Le blanchiment des cheveux par l'âge peut être accentué.

En cas de traitement par les anthracyclines (doxorubicine, épiburicine) ou les taxanes (Taxol™ ou Taxotère™), la repousse des cheveux peut être lente ou sub-optimale.

• LA RADIOTHERAPIE

L'alopecie n'est observée que dans le territoire irradié mais elle est inévitable car il y a une impossibilité d'utiliser un casque réfrigérant.

La repousse a toujours lieu si la dose est inférieure à 45 grays. Il faut savoir qu'elle est très lente et beaucoup plus tardive qu'après chimiothérapie.

Si la dose est supérieure à 45 grays, l'alopecie est généralement irréversible.

- **QUE FAIRE ?**

La radiothérapie et la chimiothérapie ayant pour effet secondaire possible la chute des cheveux, celle-ci est inéluctable et il n'y a pas de mesures spécifiques à prendre car, à ce jour, il n'y a pas de médicaments efficaces pour prévenir la chute des cheveux.

Chacun répond différemment en apprenant qu'il peut perdre tout ou une partie de sa chevelure et il n'y a pas de réponse standard appropriée. Ce qui est important est de faire ce qui vous convient le mieux personnellement.

Des solutions simples, telles que le port d'une casquette, pour les hommes ou d'un fichu, pour les femmes, peuvent se révéler acceptable.

Si vous avez des cheveux longs, le fait de les faire couper court, peut aider à diminuer l'impact de leur chute lorsqu'elle se produira.

- **UNE PERRUQUE OU PROTHÈSE CAPILLAIRE**

VOUS PROJETEZ D'ACHETER UNE PERRUQUE...

Prenez un rendez-vous avec un styliste en perruque dès que possible. Il est plus aisé d'assortir la couleur et la texture d'une perruque si vous avez encore vos cheveux naturels. Quand la chute commence, elle est souvent rapide et le styliste peut n'avoir alors que la seule description de votre chevelure et/ou des photos pour se guider. Si la chute des cheveux commence avant votre rendez-vous, conservez quelques mèches et apportez-les à votre rendez-vous.

C'EST TROP CHER...

C'est vrai... Le prix d'une perruque sur mesure varie de 150 à 1000 €.

Il faut savoir qu'une partie du coût est, sous certaines conditions, pris en charge par l'assurance maladie. Le tarif de responsabilité est de 76,22 €. Certaines mutuelles couvrent l'achat de perruques. Informez-vous auprès de votre mutuelle sur les conditions de remboursement des frais d'esthétiques occasionnés par la maladie.

Vous pouvez acheter une perruque standard moins chère et la faire travailler par un professionnel. De nombreux salons de coiffure sont spécialisés pour les perruques et offrent leurs services. Le coût total, est souvent, moindre que celui d'une perruque sur mesure.

• LE CASQUE RÉFRIGÉRANT



LE PRINCIPE

Le refroidissement du cuir chevelu

Il provoque une vasoconstriction des vaisseaux du cuir chevelu, minimisant ainsi les contacts entre, d'une part, les molécules médicamenteuses du traitement et, d'autre part, le cuir chevelu et les follicules pileux.

Pour prévenir l'alopecie, la température du cuir chevelu doit être réduite à 22-24 °C ou moins. Pour atteindre cette température, un refroidissement du cuir chevelu de 20 à 30 minutes est nécessaire.

Les conséquences

L'absorption cellulaire de certaines molécules médicamenteuses, telle que la doxorubicine, se faisant à un certain niveau de température, le refroidissement des cellules a également l'avantage théorique de réduire l'action de ces molécules médicamenteuses au niveau de la zone concernée, et par conséquent de limiter la chute des cheveux.

De plus, un refroidissement du cuir chevelu peut diminuer l'activité mitotique des follicules pileux, ce qui les rendrait moins sensibles aux effets toxiques des médicaments de la chimiothérapie.

EN PRATIQUE

Les méthodes

Différentes techniques ont été appliquées afin d'induire l'hypothermie du cuir chevelu incluent :

- L'utilisation de simples sacs remplis de glace pilée,
- Des poches de cryogel
- Des poches à réaction de refroidissement endothermique,
- Des poches spéciales avec du cryogel et une couche d'isolation,
- Des casques reliés à un dispositif de refroidissement utilisant de l'air ou un fluide et équipé d'un thermostat

LES CASQUES RÉFRIGÉRÉS

Des poches de cryogel

Il est rempli de gel. Il doit être mis dans un congélateur (à -70 °C) et être changé toutes les 20 à 40 minutes pour garder le cuir chevelu à la température désirée.

Le casque est posé 5 à 10 minutes avant l'injection et devra être conservé jusqu'à deux heures après la fin de l'administration. On vous protégera les oreilles à l'aide de compresses.

Son avantage est qu'il permet au patient de pouvoir se déplacer entre les périodes où l'on change de casque.

Le casque relié à une machine de refroidissement

Le principe

Il fait circuler un liquide réfrigérant à base de glycol à l'intérieur de celui-ci.

Son avantage est qu'il est souvent ressenti par les patients comme étant plus léger et ne nécessite pas d'être changé à plusieurs reprises au cours du traitement.

Le bonnet DigniCap™

Il a été testé sur plus d'une centaine de femmes aux États-Unis. Il a permis de ralentir la chute de cheveux et de préserver, presque intacte, la chevelure des femmes sous traitement chimiothérapique pour un cancer du sein.

LES CONTRE INDICATIONS

Les contre-indications de l'utilisation du casque réfrigérant sont les tumeurs cérébrales et les métastases cérébrales, les cancers du poumon à petites cellules et les hémopathies malignes, en raison d'un risque accru de récurrence à partir des zones protégées par le casque.

SON EFFICACITÉ

Cette méthode est efficace comme le confirme une étude récemment publiée.

EN PRATIQUE ...

- **N'utilisez pas de séchoir à cheveux, de rouleaux chauds ou de fer à friser car ils peuvent endommager votre chevelure et accentuer la chute des cheveux**
- **Utilisez une brosse en soies douces et souples et un shampoing doux au pH équilibré**
- **Ne pas décolorer ni colorer ni permanentez vos cheveux. Ces soins ne peuvent qu'accélérer la chute des cheveux**
- **Dormez sur un oreiller de satin pour diminuer l'effet de friction**

LES VOMISSEMENTS ET LES NAUSEES

- **QUELQUES DÉFINITIONS...**

La nausée (du latin, signifiant « mal de mer »)

C'est une sensation subjective, désagréable, non douloureuse d'envie imminente de vomir. Elle peut être associée à des haut-le-cœur ou précéder les vomissements.

Le haut-le-cœur (composé de haut et de cœur)

Ce sont des contractions synchrones et rythmiques du diaphragme, des muscles abdominaux et intercostaux externes à glotte fermée sans expulsion du contenu gastrique. Ils s'accompagnent souvent de nausées et peuvent précéder les vomissements.

Le vomissement (du latin, signifiant « vomir ou renvoyer »)

C'est l'expulsion par la bouche du contenu gastrique, précédée ou non de nausées. C'est un acte réflexe complexe impliquant une contraction des muscles de l'abdomen et de la gorge et une ouverture des sphincters gastrique et duodénal, entraînant l'expulsion du contenu du tube digestif supérieur, estomac, duodénum et/ou jéjunum

- **QUELLES EN SONT LES PRINCIPALES CAUSES ?**

TOUT D'ABORD À CAUSE DU CANCER...

Chez les patients cancéreux, les nausées et les vomissements sont fréquents et peuvent être provoqués par le cancer lui-même. Ceci est souvent le cas dans les cancers de l'appareil digestif, notamment ceux affectant l'œsophage, l'estomac, le foie et les cancers colorectaux.

ENSUITE À CAUSE DES TRAITEMENTS...

Les nausées et vomissements peuvent aussi être causés par les traitements anticancéreux, en particulier la chimiothérapie et la radiothérapie. Plus rarement, ils peuvent être dus à d'autres médicaments qui peuvent être administrés.

- **LES DIFFÉRENTS TYPES DE NAUSÉES OU de VOMISSEMENTS**

AIGUS OU PRÉCOCES

Définition

Ils surviennent surtout dans les heures qui suivent l'administration de la chimiothérapie, plus rarement les jours suivants.

Leur prise en charge

Les médecins ont maintenant à leur disposition des médicaments puissants pour limiter voire supprimer les vomissements et les nausées.

Ce sont les corticoïdes à forte dose (Soludécadron™, Solumédrol™, etc.) associés à une classe de médicaments appelés sétrons (Kytril™, Zophren™ et génériques). Le palonosétron (Aloxi™), actif par voie intraveineuse, à une durée d'action très longue.

En cas d'inefficacité, des traitements dits de « rattrapage » sont toujours possibles.

RETARDÉS

Définition

Ce sont des nausées ou des vomissements qui persistent quelques jours après le traitement.

Leur prise en charge

Pour diminuer leur survenue, votre médecin vous proposera de prendre pendant quelques jours des médicaments anti-nauséeux (corticoïdes, Primpéran™, Vogalène™ ou sétrons).

Les médicaments bloquant les récepteurs NK1, comme l'aprépitant (Emend™), sont donnés en plus du traitement standard contre les nausées et les vomissements pour prévenir les vomissements retardés.

ANTICIPATOIRES

Définition

Ils sont aussi influencés par votre attitude vis-à-vis du traitement.

Leur prise en charge

Plus vous êtes nerveux, moins vous acceptez le traitement, plus vous êtes à risque d'avoir des vomissements.

Maintenez autant que possible dans un environnement serein calme, reposant. Si vous n'arrivez pas à vous décontracter suffisamment, demandez à votre médecin si vous pouvez prendre un calmant ou un anxiolytique, comme le Xanax™ ou le Lexomil™, la veille et/ou le matin de votre séance de traitement.

- **POURQUOI, LORS D'UNE CHIMIOThERAPIE ?**

CE QUI SE PASSE...

L'organisme perçoit les médicaments de chimiothérapie comme toxiques et réagit en voulant les rejeter par des nausées et des vomissements. Il s'agit d'une réaction inadaptée, puisque, le plus souvent les médicaments sont injectés par voie intraveineuse.

Ce type de réaction est variable selon les médicaments inclus dans les protocoles traitement et selon les patients.

QUATRE NIVEAUX DE RISQUE...

Il est variable en fonction des médicaments utilisés. Les spécialistes définissent plusieurs niveaux de risque.

RISQUES DE NAUSÉES OU DE VOMISSEMENTS	
Très élevé > 90% des cas Chlorméthine Cisplatine Cytarabine (> 500 mg/m ²) Dacarbazine Streptozocine	Elevé : 60 à 90 % des cas Actinomycine D Carboplatine Carmustine Cyclophosphamide Lomustine Méthotrexate (> 200 mg/m ²) Procarbazine

LES RÈGLES

- Molécule la plus émétisante définit le niveau global du protocole de chimiothérapie
- Les niveaux émétisants ne s'ajoutent pas ; 2 molécules moyennement émétisantes donnent un protocole moyennement émétisant
- Si le protocole s'étale sur plusieurs jours, chaque jour est considéré comme un J1

- **LES NAUSÉES ET LES VOMISSEMENTS NE DOIVENT PAS ÊTRE NÉGLIGES...**

Ils peuvent entraîner une déshydratation et d'autres complications. Ils sont inconfortables et peuvent perturber la conduite du traitement.

La prise de médicaments d'automédication est interdite pendant la durée de la chimiothérapie, sauf avec accord du médecin, en particulier, vous ne devez pas prendre de médicaments antiémétiques en vente libre sans son avis.

Si malgré toutes ces précautions les nausées et les vomissements continuent ou si vous souhaitez d'autres informations sur ce sujet parlez-en à votre médecin ou à votre infirmière.

• LES MECANISMES DES VOMISSEMENTS OU DES NAUSEES

UN RÉFLEXE

Le réflexe de vomissement est présent chez la plupart des animaux. Il s'agit d'un mécanisme de protection visant à éliminer les toxines ingérées de l'organisme.

LES CIRCUITS NEUROLOGIQUES EN CAUSE...

Les voies périphériques

Les mécanismes des symptômes et du réflexe empruntent des voies périphériques et centrales, et plusieurs molécules de signalisation et neurotransmetteurs servent de médiateurs. Les signaux afférents proviennent de deux sources principales :

- Les récepteurs abdominaux sont situés dans la muqueuse de l'intestin grêle proximal et sont relayés par le nerf vague (pneumogastrique Xème paire crânienne)
- Les chemo-récepteurs situés à l'extrémité caudale du quatrième ventricule au niveau de l'area postrema et qui jouent un rôle central dans la genèse des vomissements

Les récepteurs abdominaux seraient les principaux récepteurs responsables des nausées et des vomissements induits par la chimiothérapie. Ces récepteurs, lorsqu'ils sont activés par des toxines gastro-intestinales ou transportées dans le sang, stimulent les signaux afférents vagues en libérant des médiateurs tels que la sérotonine (5-HT) et des neuropeptides comme la substance P et la cholécystokinine. Ces médiateurs ont comme finalité de stimuler les neurones vagues via des récepteurs cellulaires tels que les récepteurs 5-HT3.

Les voies de conduction

Des neurones efférents depuis le noyau du tractus solitaire atteignent le noyau rostral, le noyau ambigu et le groupe respiratoire ventral, ainsi que le noyau dorsal moteur du vague.

Les structures centrales impliquées

Elles sont disséminées dans l'ensemble du tronc dans le complexe de Bötzinger, zone du tronc également impliquée dans la rythmogénèse respiratoire et elles sont appelées générateur central du processus du vomissement ou Central Pattern Generator for vomiting (CPG)

Le mécanisme le plus probable

Il implique le relargage de neurotransmetteurs induisant des vomissements tels que la dopamine, la sérotonine et la substance P.

Les systèmes dopaminergique (D2), cholinergique muscarinique, histaminique (H1) sérotoninergique (5HT3) et celui des neurokinines (NK1) sont tous impliqués dans les mécanismes centraux des nausées et vomissements. Ces neuromédiateurs se lient alors à différents récepteurs localisés dans l'intestin et le système nerveux central.

De ce fait, les récepteurs de ces systèmes représentent des cibles potentielles pour des médicaments antiémétiques :

- La dopamine via les récepteurs D2
- La sérotonine via les récepteurs 5-HT3
- La substance P qui se lie aux récepteurs de la neurokinine 1 (NK1)
- Les cannabinoïdes endogènes jouent également un rôle moins bien défini

• LES ANTAGONISTES DES RECEPTEURS A LA DOPAMINE DE TYPE 2 (D2)

LA CLASSE DE MÉDICAMENTS LA PLUS ANCIENNE...

Les molécules

Le métoclopramide (Primperan™ et génériques) et l'alizapride (Plitican™) sont le plus souvent utilisées.

L'Emitasol™ (nom commercial aux USA) se présente sous forme d'un spray nasal de métoclopramide (Primpéran™), semble aussi actif pour prévenir et traiter les vomissements « retardés ».

D'autres options existent avec les phénothiazines (métopimazime - Vogalène™ et génériques), la dompéridone (Motilium™ et génériques) et les butyrophénones.

Leur tolérance

Leur index thérapeutique est relativement étroit et dépend de la dose utilisée (dose-dépendant). Parmi les effets indésirables, on retrouve assez souvent une somnolence et exceptionnellement pour le métoclopramide, troubles extra-pyramidaux (rappelant la maladie de Parkinson).

EN PRATIQUE...

Ces médicaments sont considérés comme des traitements de secours. A titre d'exemple, pour une prophylaxie d'une chimiothérapie faiblement émétisante en cas de contre-indication aux corticoïdes, on peut utiliser, métoclopramide ou plutôt, l'alizapride (Plitican™) qui ne traverse que peu la barrière hémato-méningée et posséderait donc théoriquement une toxicité neurologique plus faible.

• LES ANTI-5-HT3 OU "SETRONS"

EN BREF...

Ce sont des médicaments antagonistes, c'est-à-dire qui bloquent, les récepteurs à la sérotonine de type 3, d'où l'abréviation "anti-5-HT3" ou "sétron".

Les molécules disponibles en France sont, l'ondansétron (Zophren™ et génériques), le granisétron (Kytril™ et génériques) et le tropisétron (Navoban™ et génériques).

Ce sont des médicaments avec un index thérapeutique élevé mais dont les effets indésirables, modérés, sont relativement fréquents, en particulier, la constipation et des maux de tête (céphalées). Plus rarement les tests hépatiques peuvent être modifiés.

EN PRATIQUE...

Leur efficacité est clairement démontrée.

Une dose unique quotidienne est équivalente à des doses multiples et une administration par voie orale à dose adaptée, n'est pas très différente qu'une injection intraveineuse.

Il est habituel d'administrer les "sétrons" en prise unique avant la chimiothérapie et parfois de renouveler la prise à la 12 ème heure. A titre d'exemple :

- Ondansétron 8 à 16 mg en injection IV ou 16 à 24 mg par voie orale
- Granisétron 1 mg en injection IV ou 2 mg par voie orale

• LES ANTAGONISTES DES RECEPTEURS AUX NEUROKININES DE TYPE 1 (NK1)

UNE CLASSE DE MÉDICAMENTS À PART...

La substance P

Elle fut découverte en 1931 par Ulf Svante von Euler (1905 - 1983 savant suédois - Prix Nobel en 1970) et Sir John Henry Gaddum (1900 – 1965 pharmacologue britannique).

C'est un neuropeptide de la famille des tachykinines appelées encore neurokinines

Ce sont des peptides se terminant par la séquence glycine-leucine-méthionine-NH₂.

La substance P se localise surtout au niveau du système nerveux central (SNC).

Son action est à la fois centrale et périphérique...

C'est un neurotransmetteur de la douleur. Elle entraîne des variations du comportement et contrôle le centre impliqué dans les vomissements.

Elle agit surtout grâce au récepteur NK1 qui est un récepteur couplé à une protéine G que l'on retrouve dans différentes zones du SNC.

LES MÉDICAMENTS DE CETTE CLASSE

L'aprépitant (Emend™)

Il s'administre par voie buccale et est commercialisé sous forme de gélules à 80 et 125 mg.

Il est donné en plus du traitement standard contre les nausées et les vomissements pour prévenir les vomissements retardés.

L' Akynzeo™

C'est une association fixe active par voie orale contenant 300 mg de nétupitant et 0,5 mg de palonosétron. Elle existe maintenant sous forme injectable

Il est indiqué chez l'adulte dans la prévention des nausées et vomissements aigus et retardés associés aux chimiothérapies anticancéreuses modérément et hautement émétisantes à base de cisplatine

Varubi™ (rolapitant)

C'est un nouveau médicament, la même classe active, par voie orale et indiqué pour la prévention des nausées et vomissements aigus et retardés associés aux chimiothérapies anticancéreuses modérément émétisantes.

EN PRATIQUE...

Leur efficacité

Elle est démontrée à la phases aiguë et retardée des chimiothérapies hautement et moyennement émétisantes. C'est un traitement de 3 jours consécutifs :

- J1 une gélule de 125 mg 1 heure avant le début de la chimiothérapie.
- J2 et J3 une gélule de 80 mg, le matin à la même heure.

La dexaméthasone est administrée à des doses inférieures aux traitements standards dû à l'effet inducteur enzymatique de l'aprépitant.

Les effets indésirables

Les plus fréquents sont un état de fatigue, un hoquet et des troubles dyspeptiques.

Le problème avec ce médicament est le risque d'interactions médicamenteuses. Ce que l'on sait

- Pas d'interaction cliniquement significative avec le docétaxel , la vinorelbine , l'ondansétron et le granisétron, le palonosétron et revanche interaction avec le cyclophosphamide, l'ifosfamide.
- Interaction entre l'aprépitant et la dexaméthasone et la méthylprednisolone dont les concentrations plasmatiques sont augmentées en cas de co-administration.
- Interaction avec la warfarine, les contraceptif oraux (risque de grossesse), les alcaloïdes dérivé de l'ergot de seigle, la rifampicine, la phénytoïne, la carbamazépine, le phénobarbital, certains antibiotiques ou antifongiques et certains antirétroviraux utilisés dans le traitement du SIDA.

• LES CORTICOÏDES

EN BREF...

Leur mode d'action

Il n'est pas très bien élucidé mais leur efficacité est clairement démontrée.

Bien que ce soit la dexaméthasone la plus souvent proposée, tous les autres corticoïdes à posologie équivalente, sont aussi efficaces. Les études ont montré que la dose 20 mg de dexaméthasone était efficace en prophylaxie, pour les chimiothérapies hautement émétisantes.

Leur utilisation...

Ils potentialisent l'effet des autres antiémétiques, comme le métoproclamide ou les sétrons.

Ils sont aussi indiqués dans la prophylaxie des nausées et vomissements retardés.

En prise unique, la voie orale est équivalente à l'administration intraveineuse (IV).

La tolérance est, en général, pour ces traitements de courte durée satisfaisante. Néanmoins, fréquemment, les patients peuvent souffrir d'insomnie ou présenter des bouffées vasomotrices de la face survenant le jour-même ou le lendemain.

EN PRATIQUE...

En cas de chimiothérapie "hautement émétisante", on vous prescrira : J1 : 60 mg de méthylprédnisolone puis J2 à J4 : 60 mg de prédnisone.

En cas d'un protocole "moyennement émétisant" : J1 : 60 mg de prédnisone puis J2 et J3 en prophylaxie secondaire : 60 mg de prédnisone.

En cas de chimiothérapie "faiblement émétisante", ils ont actifs en monothérapie : J1 : 60 mg de prédnisone.

Niveau de risque	Exemples de chimiothérapies	Phase aiguë J1 - avant la chimiothérapie	Phase retardée J2 à J4
Hautement (CHE)	FEC100, BEP, MAID, chimio à base de cisplatine, etc.	Sétron + Corticoïde par voie injectable Apéptant par voie orale	Corticoïde par voie orale J2 à J4 Apéptant J2 à J3
Moyenne (CME)	FOLFOX, FOLFIRI, FEC50, etc.	Sétron + Corticoïde par voie injectable Apéptant par voie orale	Apéptant J2 à J3
Faiblement (CFE)	Taxanes, Navelbine, Gemzar, Capecitabine, tegafur uracil (UFT), fludarabine, etoposide Sunitinib, everolimus, lapatinib, lenalidomide, thalidomide	Corticoïde seul par voie orale	Rien
Très faiblement (CTFE)	Chlorambucil, hydroxyurée, 6-thioguanine, methotrexate Gefitinib, erlotinib, sorafénib	Rien	Rien

• D'AUTRES OPTIONS...

LE GINGEMBRE

Son mécanisme d'action n'est pas connu.

La posologie est d'une capsule à 500 mg trois fois par jour.

Les résultats de différentes études sont controversés mais le gingembre pourrait être une alternative contre les nausées particulièrement difficiles à traiter par les autres thérapeutiques.

LA MENTHE POIVRÉE

Elle agit par blocage des canaux calciques permettant ainsi la relaxation du muscle intestinal.

• **QUELQUES ASTUCES...**

MODIFIEZ VOTRE ALIMENTATION...

Préférez les petits repas pris 5 à 6 fois par jour au lieu de trois grands repas

Gardez des biscuits salés ou du pain à proximité de votre lit.

Identifiez à la fois les aliments que vous préférez et ceux que vous ne supportez pas, en sachant que des modifications du goût peuvent se produire.

Ne vous forcez pas à manger si vous êtes des nauséeux car ceci pourrait entraîner un dégoût permanent de ces aliments

Si vous n'aimez pas les viandes rouges, consommez d'autres aliments riches en protéines comme la volaille et le poisson, le fromage et les œufs.

Prenez les aliments à température ambiante pour diminuer les odeurs qui contribuent à provoquer des nausées et vomissements

Mangez des aliments à l'odeur agréable et persistante comme les bonbons au citron ou à la menthe.

Évitez les aliments sucrés, gras, salés, épicés ou à l'odeur forte car ils peuvent aggraver les nausées et les vomissements.

BUVEZ BEAUCOUP...

Augmentez votre consommation de liquides ; essayez de boire environ un litre et demi de liquide par jour, sauf si votre médecin vous le déconseille, ceci vous aidera à éviter la déshydratation et la malnutrition que peuvent entraîner les nausées et les vomissements. Pour atteindre ce but, il faut :

- Boire des liquides clairs, transparents dans le verre y compris des jus de fruits (jus de pommes, de groseilles, de raisin), et de l'eau.
- Avaler les liquides lentement.
- Avaler des gelées et des jus glacés qui sont aussi des liquides bien tolérés parce qu'ils sont absorbés lentement.
- Boire des boissons enrichies de suppléments alimentaires qui aident à remplacer la perte de certains électrolytes au cours des diarrhées.

RENDEZ VOTRE VIE LA PLUS CONFORTABLE POSSIBLE !

Prenez du repos après les repas ou faites une sieste au cours de la journée. Le fait de s'asseoir environ une heure après les repas est généralement très efficace pour diminuer les nausées ;

Écoutez de la musique reposante, regardez la télévision, lisez ou livrez-vous à votre distraction favorite.

Pratiquez des soins de bouche fréquemment, spécialement après les vomissements.

QUELQUES CONSEILS, FRUITS DE NOTRE EXPERIENCE

- Prenez des petits repas froids pour éviter les fortes odeurs
- Mangez ce dont vous avez envie et qui vous fait plaisir
- Mangez lentement
- Consommez des boissons à votre goût des patients entre les repas : eau, infusions, jus de pomme, cola dégazé ...
- Utilisez, si besoin, une paille dans une tasse fermée pour faciliter les petites gorgées et éviter les odeurs
- Essayez de maintenir une position assise pendant 30 minutes après le repas ; si vous êtes couché, préférez le côté droit pour favoriser la vidange gastrique

Source www.arcagy.org/infocancer/
Nous remercions particulièrement le Docteur Poletto.

InfoCancer