

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le 22 septembre 2025

Par CADIOU Chloë

**Lymphome de Hodgkin : prise en charge et rôle du pharmacien d'officine
dans l'accompagnement des patients**

Membres du jury :

Président : DUPONT Annabelle, Professeur des universités - praticien hospitalier, département de Pharmacie, UFR3S, Lille

Directeur, conseiller de thèse : DUPONT Annabelle, Professeur des universités - praticien hospitalier, département de Pharmacie, UFR3S, Lille

Assesseurs :

DEMARET Julie, Maître de conférences - praticien hospitalier, département de Pharmacie, UFR3S, Lille

KUCHARSKI Camille, Docteur en pharmacie, pharmacien titulaire, pharmacie de la mairie, Beuvry

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 2/109

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86

M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85

M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86
----	---------	---------	------------------	----

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	

M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86

Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86

M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	

Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT

Versio n	Modifié par	Date	Principales modifications
1.0		20/02/2020	Création
2.0		02/01/2022	Mise à jour
2.1		21/06/2022	Mise à jour
2.2		01/02/2024	Mise à jour
2.3		15/11/2024	Mise à jour
2.4		18/02/2025	Mise à jour

UFR3S-Pharmacie

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Table des matières

1	Introduction.....	16
2	Définition du lymphome de Hodgkin	17
3	Prise en charge du lymphome de Hodgkin.....	19
3.1	Évaluation pré-thérapeutique	19
3.2	Classification	20
3.3	Stratégies thérapeutiques.....	21
3.3.1	Les formes localisées (I et II).....	22
3.3.2	Les formes non localisées (III et IV) :	22
3.3.3	L'arrivée de l'immunothérapie :	22
3.4	Évaluation de la réponse	23
3.5	Toxicité des thérapeutiques :.....	24
3.5.1	Principaux effets indésirables observés au cours d'une chimiothérapie	25
3.5.2	Principaux effets indésirables liés à la radiothérapie	25
4	Rôle du pharmacien dans la prise en charge globale des patients atteints d'un lymphome de Hodgkin	26
4.1	La chimiothérapie	26
4.1.1	Protocole ABVD.....	26
4.1.2	Protocole BEACOPP	27
4.1.3	Toxicité des protocoles de chimiothérapie ABVD et BEACOPP.....	28
4.1.3.1	Principaux effets indésirables observés chez un patient traité par protocole ABVD ou BEACOPP	28
4.1.3.2	Principaux effets indésirables observés au cours d'une radiothérapie et risques ..	31
4.2	Délivrance des médicaments et conseils associés en officine	31
4.2.1	Antiémitiques :	32
4.2.1.1	Antagonistes des récepteurs NK1 : aprepitant, rolapitant, nétupitant	33
4.2.1.2	Antagonistes des récepteurs 5HT3 : les sétrons.....	34
4.2.1.3	Neuroleptique antagoniste de la dopamine : Métoclopramide.....	35
4.2.1.4	Glucocorticoïdes : dexaméthasone	35
4.2.1.5	Les anxiolytiques	36
4.2.2	Antidouleurs :	36
4.2.2.1	Douleur par excès de nociception	37
4.2.2.2	Douleurs neuropathiques	40
4.2.3	Facteurs de croissance hématopoïétiques.....	41
4.2.4	Antibiotiques / Antiviraux / Antifongiques prophylactiques	41
4.2.5	Antidiarrhéiques	42
4.2.6	Laxatifs.....	42
4.2.7	Antidépresseurs et anxiolytiques	43
4.3	Surveillance des effets secondaires et accompagnement à domicile.....	43

4.3.1	La neutropénie	43
4.3.2	La thrombopénie	45
4.3.3	L'alopécie	46
4.3.4	Nausées et vomissements.....	47
4.3.5	Constipation	48
4.3.6	Diarrhées.....	49
4.3.7	Asthénie	50
4.3.8	Brûlures cutanées induites par la radiothérapie	51
4.4	Vaccination.....	52
4.4.1	Calendrier vaccinal.....	53
4.4.2	Vaccinations chez les patients immunodéprimés	54
4.5	Rôle éducatif et accompagnement	55
4.5.1	Au comptoir	55
4.5.1.1	Répondre aux questions des patients.....	55
4.5.1.2	Suivi numérique et coordination des soins en oncologie.....	60
4.5.2	Éducation thérapeutique du patient	61
4.5.2.1	Définition.....	61
4.5.2.2	Éducation thérapeutique du patient : par qui ?	62
4.5.2.3	Éducation thérapeutique du patient : pour qui ?.....	63
4.5.2.4	Éducation thérapeutique du patient : comment ?.....	64
4.5.2.5	Éducation thérapeutique du patient : comment présenter et proposer une offre d'ETP ? 65	
4.5.2.6	Étapes de l'éducation thérapeutique du patient	66
4.5.2.7	Importance de l'éducation thérapeutique du patient	70
4.5.3	Soins oncologiques de supports	70
4.5.4	Associations de patients	72
4.5.5	Règles hygiéno-diététiques	73
4.5.5.1	Arrêt du tabac	73
4.5.5.2	Alimentation	75
4.5.5.3	Activité physique adaptée	79
4.5.6	Améliorer la qualité de vie du patient	81
4.5.6.1	La nausée et les vomissements	82
4.5.6.2	Trouble du sommeil et anxiété.....	82
4.5.6.3	La fatigue.....	83
4.5.6.4	Atteintes des mains et des ongles	83
4.5.6.5	La mucite	84
4.5.6.6	Bilan.....	86
4.6	Pendant la rémission	86
4.6.1	Définition	86
4.6.2	Rémission et guérison	86
4.6.3	Organisation du suivi en rémission	87
4.6.4	Vivre en rémission	88
4.6.4.1	Les besoins du patient en rémission	88
4.6.4.2	Ressources et professionnels disponibles.....	89
4.6.5	Risques à long terme après un lymphome de Hodgkin	90
5	Discussion	91

6	<i>Bibliographie</i>	93
7	<i>Annexes</i>	98

1 Introduction

Le cancer est aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, avec des traitements de plus en plus efficaces, mais souvent complexes à gérer. Parmi les hémopathies malignes, le lymphome de Hodgkin, bien que rare (0,5% de l'ensemble des cancers) (1), se distingue par son pronostic favorable et son impact particulier sur une population souvent jeune. En effet, il présente un double pic d'incidence : chez les jeunes adultes de moins de 40 ans et chez les personnes âgées de plus de 70 ans.

Décrit pour la première fois en 1832 par le docteur Thomas Hodgkin (2), ce lymphome n'a été pleinement caractérisé qu'en 1996, avec l'identification de ses cellules tumorales caractéristiques : les cellules de Hodgkin et de Reed-Sternberg issues des lymphocytes B. Aujourd'hui, grâce aux avancées thérapeutiques, il s'agit de l'un des cancers les plus curables, avec un taux de survie global à 5 ans de 84% (3).

Cependant, cette guérison repose sur des traitements lourds, souvent administrés en milieu hospitalier : chimiothérapie, radiothérapie. Ces traitements nécessitent une grande rigueur de la part du patient, une bonne observance, et entraînent de nombreux effets indésirables. Au-delà des aspects médicaux, chaque patient avance aussi avec son propre bagage émotionnel, familial et professionnel, cela explique que la prise en charge de ces patients se doit d'être personnalisée et individuelle afin de les accompagner du mieux possible vers la guérison.

Une fois sorti de l'hôpital, le patient se retrouve seul face à sa maladie : il doit gérer ses effets secondaires, suivre ses prescriptions, organiser ses rendez-vous, tout en affrontant fatigue, anxiété et parfois isolement. Dans ce contexte, le pharmacien d'officine, professionnel de proximité, devient un acteur clé du parcours de soin. Accessible et à l'écoute, il accompagne le patient à chaque étape : il conseille, délivre, rassure, oriente et participe à la continuité des soins entre l'hôpital et la ville.

Aujourd'hui, alors que de plus en plus de traitements anticancéreux se poursuivent à domicile, le rôle du pharmacien est amené à se renforcer. Il est indispensable de créer un lien étroit entre l'hôpital, le médecin traitant et l'officine pour que le patient ne soit jamais seul dans son parcours.

L'objectif de ce travail est de présenter les caractéristiques du lymphome de Hodgkin, ses traitements, ainsi que les effets indésirables associés. Il mettra ensuite en avant la place centrale du pharmacien dans l'accompagnement du patient : de l'annonce de la maladie jusqu'à la phase de rémission, en passant par la gestion au quotidien des traitements et le soutien psychologique.

2 Définition du lymphome de Hodgkin

Le lymphome de Hodgkin est un cancer du système lymphatique. Il est représenté par une prolifération tumorale de cellules lymphoïdes anormales de type B, appelées les cellules de Reed-Sternberg, dans un ou plusieurs organes lymphoïdes. Il est possible de retrouver une extension de ce lymphome dans des sites extra-ganglionnaires (on parle de prolifération tumorale hors des ganglions lymphatiques).

Les organes lymphoïdes sont des organes de maturation des lymphocytes, on retrouve le thymus ou encore la moelle osseuse (4). Les ganglions lymphatiques sont des blocs de tissus lymphatiques situés au niveau du cou (cervicaux), du thorax (thoraciques et médiastinaux), des aisselles (axillaires), de l'abdomen (para-aortiques, péri-aortiques, mésentériques) et de l'aîne (inguinaux). Ces blocs contiennent des cellules importantes comme les lymphocytes, acteurs cellulaires majeurs du système immunitaire, qui ont pour rôle d'éliminer les cellules endommagées, les déchets ou encore les bactéries et de permettre, pour les lymphocytes B différenciés en plasmocytes, la production d'anticorps dirigés contre les antigènes, substance que le système immunitaire d'un individu reconnaît comme étrangère. Ainsi, le lymphome de Hodgkin associe une prolifération monoclonale tumorale et une réponse de l'organisme par une réaction inflammatoire importante impliquant des cellules normales.

L'Organisation Mondiale de la Santé, dans sa dernière classification des tumeurs hématopoïétiques de 2022, distingue deux grandes entités :

- Le lymphome de Hodgkin classique, qui recense 95% des cas ;
- Le Lymphome Hodgkinien nodulaire à prédominance lymphocytaire ou paragranelome de Poppema (environ 5% des cas), entité anatomoclinique distincte aujourd'hui de la maladie de Hodgkin classique.

Le lymphome de Hodgkin classique se décline, couramment, en 4 sous-types ou variants morphologiques histologiques :

- Scléro-nodulaire : nommé type II (70% des cas), qui touche les ganglions cervicaux et médiastinaux des sujets jeunes où l'on retrouve des cellules de Reed-Sternberg mélangées à des leucocytes normaux ;
- A cellularité mixte : nommé type III (5 à 15% des cas), qui touche les hommes âgés de plus de 50 ans avec adénopathies disséminées et pour lequel, dans deux tiers des cas, on a une sérologie positive au virus d'Epstein Barr. On retrouve alors un grand nombre de cellules de Reed-Sternberg avec d'autres types de cellules ;
- Riche en lymphocytes : nommé type I, forme rare (5 à 10% des cas). Ici, on ne retrouve que très peu de cellules de Reed-Sternberg mais plutôt des lymphocytes et des cellules anormales. Il est souvent diagnostiqué à un stade précoce et n'est pas très agressif.
- A déplétion lymphocytaire ou sarcome d'Hodgkin : type IV, forme très rare qui est souvent associée au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). On

retrouve ici un nombre élevé de cellules de Reed-Sternberg. Il s'agit d'une forme diagnostiquée à un stade étendu de la maladie (5).

Quel que soit le sous-type de lymphome de Hodgkin, la prise en charge du patient se fera de manière identique.

Les causes du lymphome de Hodgkin sont encore inconnues. Une prédisposition génétique et des facteurs environnementaux comme le tabac ou encore l'infection par le virus Epstein-Barr peuvent jouer un rôle.

Le diagnostic du lymphome de Hodgkin doit être évoqué devant une symptomatologie comprenant :

- Des adénopathies superficielles persistantes (indolores, non inflammatoires, fermes, non fixées, non asymétriques) ;
- Des adénopathies profondes médiastinales observées sur radiographies pulmonaires ou la suite d'une toux sèche, une gêne thoracique ou des signes compressifs (rare) ;
- Des signes généraux : amaigrissement (plus de 10% de perte de poids corporel en 6 mois), fièvre, sueurs nocturnes ;
- Un syndrome inflammatoire biologique inexpliqué et marqué (C-réactive protéine (CRP) élevée).

On peut retrouver d'autres signes plus rares comme un prurit inexplicable ou des douleurs ganglionnaires déclenchées à l'ingestion d'alcool (qui sont caractéristiques du lymphome de Hodgkin).

En cas de contexte clinique évoquant un lymphome, il est nécessaire d'approfondir les examens avec un hémogramme et un dosage de CRP. On retrouvera alors un hémogramme normal ou une polynucléose neutrophile voir une hyperéosinophilie et une CRP souvent élevée. Il est possible d'effectuer une radiographie pulmonaire pour évaluer la taille d'une atteinte médiastinale éventuelle ou encore une tomodensitométrie cervico-thoraco-abdomino-pelvienne. Cette dernière permet d'évaluer l'atteinte initiale et de faire un repérage pour la radiothérapie.

Jusqu'ici le patient était pris en charge par son médecin traitant, il sera ensuite accompagné par un hématologue afin de confirmer le diagnostic et pour la suite de la prise en charge jusqu'à la guérison.

Pour poser le diagnostic de lymphome de Hodgkin, on pratiquera une analyse histopathologique : la biopsie-exérèse d'une adénopathie (ganglion entier). On retrouvera alors à l'examen anatomopathologique la présence de cellules caractéristiques : les cellules de Reed-Sternberg ou leurs équivalents mononuclées (les cellules de Hodgkin) qui seront dispersées autour de polynucléaires, plasmocytes et fibroblastes.

La cellule de Reed-Sternberg est la cellule tumorale géante de la maladie de Hodgkin classique. Elle est caractérisée par sa très grande taille (30 à 100 μm) que l'on observe sur une coupe histologique, avec un rapport nucléocytoplasmique élevé. Le cytoplasme est chromophile (affinité pour les matières colorantes), le noyau est bilobé (« en masque de carnaval ») et la chromatine est décondensée (figure 1).

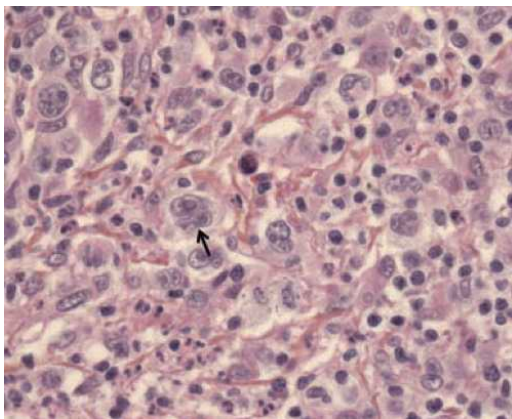


Figure 1 : Photo de cellules de Reed-Sternberg

Enfin, un bilan d'extension sera réalisé afin de proposer le traitement le plus adapté au patient, l'objectif étant d'améliorer le pronostic sur des stades étendus mais aussi de limiter le risque de complications iatrogènes sur des stades localisés. Le TEP-FDG (tomographie à émission de positions avec injection d'un traceur radioactif : le 18-fluorodéoxyglucose) appelé aussi TEP-scanner ou TEP-scan permet d'améliorer la qualité de la stratification de l'atteinte ganglionnaire. Il s'agit de l'examen de référence pour classer la maladie.

Ce TEP-scanner est un examen d'imagerie fonctionnelle utilisé en médecine nucléaire. Il permet le diagnostic de cancer, l'adaptation des doses de traitement et l'évaluation de l'efficacité des traitements. Pour obtenir ces images, on utilise des produits radioactifs injectés dans le sang du patient. Ces derniers sont attirés par les cellules cancéreuses, ce qui permet au scanner de détecter les rayonnements émis par le produit.

La biopsie ostéomédullaire permet d'affirmer un envahissement de la moelle osseuse par le lymphome, mais ce dernier n'est pas utile lorsqu'un TEP-scanner est réalisé car il a une excellente sensibilité. La biopsie ostéomédullaire est un geste médical qui permet de prélever, sous anesthésie locale, de la moelle osseuse. Ce prélèvement est réalisé pour faire une analyse détaillée des cellules contenues dans la moelle osseuse.

3 Prise en charge du lymphome de Hodgkin

3.1 Évaluation pré-thérapeutique

Avant toute thérapeutique, il est nécessaire de réaliser une évaluation pré-thérapeutique afin d'identifier les comorbidités, la faisabilité des différents traitements et de rechercher des facteurs pronostiques. Cela permet de guider la décision thérapeutique qui sera prise lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

La réunion de concertation pluridisciplinaire consiste à réunir au moins 3 spécialistes différents qui discuteront de la situation du patient, des traitements possibles en

fonction des dernières études scientifiques, de l'analyse des bénéfices et des risques encourus ainsi que de l'évaluation de la qualité de vie du patient (6).

Seront alors réalisés :

- Un bilan biologique général : hémogramme, ionogramme sanguin, bilan hépatique, bilan rénal avec la créatininémie, albuminémie pour le pronostic nutritionnel, CRP pour l'inflammation, lactate déshydrogénase, marqueur de dommage tissulaire.
- Un bilan spécifique : thyroestimuline en cas d'irradiation cervicale, béta-HCG pour les femmes en âge de procréer, sérologies virales (VIH, VHB, VHC) pour le risque d'immunodépression.
- Un bilan fonctionnel : échocardiographie pour évaluer la fraction d'éjection ventriculaire gauche, exploration fonctionnelle respiratoire.

De plus, une consultation d'un spécialiste oto-rhino-laryngologiste peut être prévue afin d'examiner en détail la bouche et la gorge afin de rechercher des anomalies en cas de suspicion clinique de localisation ORL ou dans le cadre d'une irradiation ciblée. Enfin, on vient préserver la fertilité du patient qui pourrait être altérée de façon définitive ou transitoire à la suite d'une chimiothérapie. Une consultation spécialisée est à prévoir avant tout traitement, surtout chez les jeunes patients.

3.2 Classification

Le TEP-scan est un élément central de l'évaluation pré-thérapeutique du lymphome de Hodgkin. Il permet de réaliser un bilan d'extension, c'est-à-dire d'évaluer la propagation de la maladie dans l'organisme (7). Les classifications des stades d'extension du lymphome de Hodgkin repose sur la classification d'Ann Arbor, modifiée selon Cotswolds. Elles distinguent quatre stades (I à IV) et des stades intermédiaires avec des facteurs de risque (tableau I, figure 2) permettant de définir des formes localisées favorables, localisées défavorables ou disséminées.

Cette classification est une base essentielle sur laquelle les médecins se reposent afin d'attribuer les schémas thérapeutiques aux patients, tout en adaptant le traitement à la gravité et à l'étendue de la maladie.

Tableau I : Classification d'Ann Arbor modifiée selon Cotswolds

Stade	Description
Stade I	Atteinte d'un seul groupe ganglionnaire ou d'une seule structure lymphoïde (médiastin = 1 ; cervical gauche = 1 ; rate = 1 ; anneau de Waldeyer = 1)
Stade II	Atteinte de deux ou plusieurs groupes ganglionnaires d'un seul côté du diaphragme (le médiastin représente un seul territoire, les deux hiles sont considérés indépendamment du médiastin comme des « régions » ganglionnaires). Le nombre de territoires ganglionnaires est indiqué en indice (II _n)
Stade III	Atteinte ganglionnaire des deux côtés du diaphragme
III1	Atteinte sous-diaphragmatique limitée à la rate, aux ganglions du hile splénique, aux ganglions coeliaques ou du tronc porte
III2	Atteinte des ganglions latéro-aortiques, iliaques, mésentériques s'associant ou non à l'atteinte détaillée dans le stade III1
Stade IV	Atteinte extra-ganglionnaire distincte d'une localisation viscérale contiguë, ou atteinte du foie ou de la moelle osseuse
A	Absence de signes généraux
B	Présence de fièvre, sueurs, ou amaigrissement
X	Importante masse tumorale : • masse médiastinale de diamètre égal ou supérieur au tiers du diamètre transverse thoracique au niveau du disque intervertébral T5-T6 (sur un cliché thoracique de face) • masse ganglionnaire égale ou supérieure à 10 cm dans son diamètre maximum
E	Atteinte d'un seul viscère contigu ou à proximité d'un territoire ganglionnaire atteint

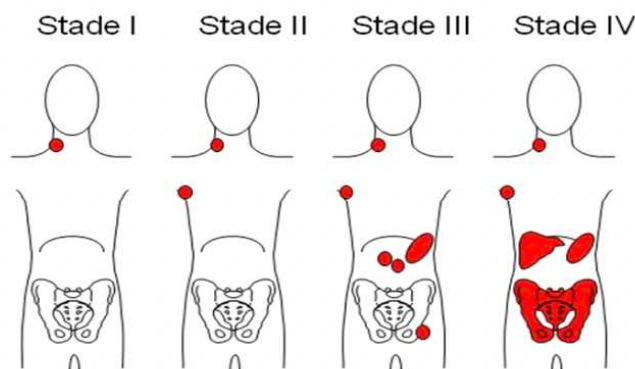


Figure 2 : Représentation morphologique de la classification d'Ann Arbor modifiée selon Cotswolds

3.3 Stratégies thérapeutiques

La stratégie thérapeutique habituellement mise en œuvre consiste à choisir, selon le stade de la maladie et ses caractéristiques, quel est le traitement le plus pertinent chez le patient, tout en tenant compte de son efficacité et de ses effets secondaires.

Cette stratégie est définie en accord avec le patient et le médecin traitant sur la base de l'avis rendu par la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Le choix thérapeutique qui en ressortira sera présenté au patient au cours d'une consultation d'annonce avec l'hématologue. Il est essentiel que le patient soit informé des différentes options thérapeutiques disponibles dans sa situation, notamment la possibilité de participer à des essais cliniques, ainsi que les bénéfices attendus et les effets indésirables potentiels associés à chaque option.

3.3.1 Les formes localisées (I et II)

Pour les formes localisées sus-diaphragmatiques du lymphome de Hodgkin, le traitement de référence repose sur une phase de chimiothérapie initiale (3 cycles d'ABVD en l'absence de facteurs de risque, ou 4 cycles en présence de facteurs de risque), suivie d'une radiothérapie ciblée des territoires ganglionnaires atteints (8).

Le protocole ABVD associe quatre molécules : doxorubicine, bléomycine, vinblastine, dacarbazine.

La radiothérapie est réalisée environ un mois après la dernière cure de chimiothérapie, à une dose de 30 Gy, selon la technique IFRT (technique involved-field-radiotherapy) qui consiste à irradier l'ensemble des territoires ganglionnaires initialement atteints. Mais cette approche tend à être remplacée par la technique involved-node-radiotherapy (INRT), une technique plus ciblée, qui ne traite que les ganglions atteints identifiés lors du diagnostic, notamment grâce au TEP-scanner.

Cette évolution permet de diminuer le volume irradié et donc de limiter les effets secondaires de la radiothérapie (cancers secondaires, cardiopathies).

Grâce à ces traitements combinés, les taux de réponse dépassent 90%.

La radiothérapie provoque des lésions et abîme les cellules tumorales au niveau de leur ADN. Ainsi, elles ne peuvent plus se multiplier et finissent par mourir.

En ce qui concerne les stades localisés sous-diaphragmatiques, il n'y a pas de protocole de référence car cette présentation reste rare. La prise en charge sera faite au cas par cas (souvent chimiothérapie : 4 cycles d'ABVD suivie d'une radiothérapie ou chimiothérapie seule par 6 cycles d'ABVD).

3.3.2 Les formes non localisées (III et IV) :

Le traitement de référence pour les formes avancées du lymphome de Hodgkin repose sur une chimiothérapie exclusive, généralement administrée en 6 à 8 cycles.

Les deux protocoles utilisés sont :

- ABVD : doxorubicine, bléomycine, vinblastine, dacarbazine, utilisé chez la majorité des patients ;
- BEACOPP : bléomycine, étoposide, doxorubicine, cyclophosphamide, vincristine, procarbazine (Matulane) et prednisone, proposé chez les patients jeunes avec des facteurs pronostiques défavorables.

A l'issue de la chimiothérapie, une radiothérapie peut être indiquée en cas de lésion résiduelle > 2,5cm et hypermétabolique au TEP-scan de réévaluation.

3.3.3 L'arrivée de l'immunothérapie :

Le pronostic du lymphome de Hodgkin est globalement bon, avec une survie globale après 5 ans estimée à environ 81%. Mais, comme nous le verrons par la suite, les

thérapeutiques utilisées, telles que la chimiothérapie et la radiothérapie, entraînent une toxicité importante à long terme. Certaines chimiothérapies peuvent engendrer une toxicité cardiaque et la radiothérapie touche les poumons avec un risque de fibrose. Le risque de cancer secondaire est élevé à la suite de l'utilisation d'agents alkylants. De plus, 20 à 30% des lymphomes de Hodgkin passent par une rechute. Celle-ci sera traitée par une chimiothérapie de rattrapage et une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Cette autogreffe vise à restaurer la moelle osseuse après une chimiothérapie intensive de rattrapage.

Malgré cela, les lymphomes de Hodgkin qui rechutent dans l'année suivant la fin des traitements, présentent un pronostic plus défavorable.

Pour toutes ces raisons, l'immunothérapie a fait son entrée dans la prise en charge du lymphome de Hodgkin rechutant ou réfractaire.

Les rechutes de lymphome de Hodgkin après autogreffe ou les lymphomes de Hodgkin réfractaires sont alors traités par monothérapie avec le brentuximab védotine. Celui-ci est un anticorps monoclonal anti-CD30 conjugué à un poison du fuseau (agent cytotoxique ciblant les microtubules). Il permet d'obtenir une réponse de 75%, dont 34% de réponse complète même si le pronostic de ces lymphomes qui rechutent après est très défavorable.

De nouveaux anticorps monoclonaux humanisés ont obtenu une autorisation de mise sur le marché et sont commercialisés pour les formes réfractaires : Nivolumab et Pembrolizumab.

Ils bloquent l'interaction de PD-1, une protéine exprimée à la surface des lymphocytes T, et ses ligands PD-L1 ou PD-L2, surexprimés par les cellules de Reed-Sternberg, permettant d'échapper au système immunitaire. Avec ces anticorps, on a une réponse durable avec un effet bénéfique sur la qualité de vie.

Enfin, l'association Brentuximab védotine avec Nivolumab serait prometteuse. Elle est administrable en ambulatoire et démontre un profil bénéfice/ risque supérieur aux chimiothérapies utilisées en rattrapage. Une rémission complète est possible permettant une intensification avec l'autogreffe.

La toxicité de ces molécules reste tolérable : on retrouve une élévation de la lipase, une neutropénie, des hépatites réversibles contrôlées par l'arrêt du traitement ou par une corticothérapie. Il faut savoir que le devenir à long terme après l'arrêt des anti PD-1 est inconnu à ce jour (9).

3.4 Évaluation de la réponse

À mi-parcours puis à la fin du protocole de traitement, une évaluation de la réponse thérapeutique sera réalisée. Cette dernière peut être :

- Complète : disparition totale des signes de la maladie après le traitement, on parle de rémission complète.

- Partielle : réduction de moitié des lésions tumorales, sans disparition complète.
- Stable : il n'y a ni augmentation ni diminution des anomalies tumorales malgré le traitement
- Progressive : augmentation de la taille des lésions existantes ou apparition de nouvelles lésions.

Si la réponse est stable ou progressive, on parle de forme réfractaire, et cela nécessitera un traitement de deuxième ligne.

Après les traitements, le patient entre dans la phase de l'après cancer. Une fois le protocole thérapeutique terminé, il faut mettre en place une surveillance à court et long terme. Ce suivi médical est indispensable afin de confirmer la rémission du cancer ainsi que sa persistance, détecter une éventuelle récurrence, prendre en charge les complications tardives liées aux traitements ou organiser les soins de support nécessaires et les aides à la vie quotidienne si besoin.

Le suivi repose principalement sur des examens cliniques et biologiques réguliers. Il sera rapproché les premiers temps : tous les trois mois pendant deux ans car le risque de récurrence du lymphome de Hodgkin est plus élevé au cours des premières années de rémission.

Ensuite, il sera espacé de plus en plus : tous les six mois, tous les ans, tous les deux ans...

Les consultations sont généralement réalisées par l'hématologue référent. L'objectif pour ce médecin est de s'assurer de l'état général du patient et de détecter un effet secondaire tardif, une complication ou encore une récurrence le plus rapidement possible. Il réalisera un examen clinique : recherche de fièvre, d'essoufflement, d'anomalie du rythme cardiaque et palpation de l'abdomen et des aires ganglionnaires.

Une prise de sang réalisée les jours précédents la consultation est importante afin d'agir rapidement si besoin. Celle-ci évaluera la numération formule sanguine (leucocytes, hémoglobine, plaquettes) et la CRP, ainsi que les fonctions hépatiques et rénales.

De plus, une visite chez le cardiologue pour faire un bilan de la fonction cardiaque après les traitements sera organisée.

3.5 Toxicité des thérapeutiques :

En parallèle du traitement curatif permettant la rémission du patient, une prise en charge symptomatique est souvent nécessaire afin d'améliorer la qualité de vie du patient et d'atténuer les effets indésirables liés aux traitements anticancéreux.

En effet, les molécules de chimiothérapie utilisées dans le lymphome de Hodgkin, telles que les protocoles ABVD et BEACOPP, sont associées à une toxicité non négligeable, ce qui rend compliqués les jours suivants la cure.

Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés en cas de thérapie BEACOPP sont décrits dans le tableau II.

3.5.1 Principaux effets indésirables observés au cours d'une chimiothérapie

Tableau II : principaux effets indésirables observés au cours d'une chimiothérapie <u>Effets indésirables :</u>	<u>Conséquences possibles :</u>
Troubles gastro-intestinaux : nausées, vomissements, constipation, diarrhée, mucite, perte d'appétit	Déshydratation, ulcères buccaux, dénutrition, perte de poids
Anorexie	Dénutrition, carences en fer, protéines, vitamines B9 et B12, perte musculaire
Affections hématologiques : Neutropénie ; thrombopénie	Risque infectieux accru, hémorragies
Alopécie	Altération de l'image corporelle, impact psychologique
Asthénie	Diminution de la qualité de vie, perte d'autonomie

La survenue ou l'absence d'effets indésirables ne constitue en aucun cas un indicateur de l'efficacité du traitement.

3.5.2 Principaux effets indésirables liés à la radiothérapie

Concernant la radiothérapie, les effets secondaires vont dépendre de la dose d'irradiation, de la fréquence des séances ainsi que de la région ciblée (voir tableau III).

Tableau III : principaux effets indésirables observés au cours d'une radiothérapie

<u>Causes : zone irradiée</u>	<u>Effets indésirables</u>	<u>Conséquences possibles</u>
Cavité buccale, oropharynx	Mucite, xérostomie, dysphagie	Difficulté à s'alimenter, dénutrition
Abdomen, pelvis	Diarrhée, nausées	Déshydratation, perte de poids
Œsophage, voies aériennes	Gêne à la déglutition, toux sèche	Dénutrition, fatigue chronique
Peau	Érythème, sécheresse cutanée, desquamation, radiodermite	Inconfort, douleur, surinfection
Volume d'irradiation important	Fatigue, nausées	Altération de la qualité de vie
Poumons	Fibrose pulmonaire	Dyspnée d'effort, toux persistante, insuffisance respiratoire chronique
Cœur	Cardiotoxicité (péricardite, cardiopathies ischémiques)	Risque cardiovasculaires, troubles du rythme, insuffisance cardiaque
Irradiation étendue et exposition à long terme	Cancers secondaires (poumon, sein, thyroïde, leucémie)	Apparition d'un second cancer des années après le traitement initial

4 Rôle du pharmacien dans la prise en charge globale des patients atteints d'un lymphome de Hodgkin

4.1 La chimiothérapie

Comme vu précédemment, un patient atteint d'un lymphome de Hodgkin est le plus souvent traité par chimiothérapie.

La chimiothérapie désigne le traitement d'un cancer utilisant des substances chimiques capables de tuer ou d'affaiblir les cellules cancéreuses (10).

L'objectif est de détruire la totalité des cellules cancéreuses ou d'empêcher leur multiplication dans l'organisme.

4.1.1 Protocole ABVD

Le protocole ABVD porte le nom des quatre molécules administrées aux patients :

- Doxorubicine (appelée aussi **Adriamycine**) ;
- Bléomycine ;
- Vinblastine ;
- Dacarbazine.

Ce traitement se déroule en cycles de 28 jours où l'on administre des médicaments tous les 15 jours : au jour J1 puis J15.

- **Doxorubicine** (ou adriamycine) est une anthracycline cytostatique dont les effets anticancéreux sont dus à l'inhibition de la topoisomérase II, une enzyme bloquant la réplication d'ADN et la transcription d'ARN. Par le blocage de cette enzyme, la doxorubicine empêche la croissance des cellules cancéreuses (11).
- **Bléomycine** est un médicament de la classe des antinéoplasiques cytostatiques. Il induit des cassures dans l'ADN simple et double brin, bloquant la division cellulaire et inhibe la synthèse d'ADN. Son mécanisme d'action n'est pas totalement connu (12).
- **Vinblastine** est un anticancéreux cytostatique dont l'action antinéoplasique n'est pas entièrement connue. Elle perturbe la formation des microtubules bloquant ainsi la prolifération des cellules tumorales (13).
- **Dacarbazine** est un agent cytostatique qui interfère dans la synthèse de l'ADN et de l'ARN. Cette molécule détruit lentement les cellules en empêchant la croissance cellulaire (14).

4.1.2 Protocole BEACOPP

Le protocole BEACOPP comprend les molécules suivantes :

- **Bléomycine** ;
- **Etoposide** ;
- **Doxorubicine** ;
- **Cyclophosphamide** ;
- **Vincristine** ;
- **Procarbazine** ;
- **Prednisone**.

Ce dernier est administré toutes les 21 jours (3 semaines) pendant 6 à 24 semaines (15). Ce protocole a été mis en place pour les patients atteints d'un lymphome de Hodgkin qui présentent une maladie plus avancée ou qui ne répondent pas suffisamment au protocole ABVD.

C'est un traitement efficace mais son effet myélosuppresseur est associé à un risque accru de tumeurs malignes secondaires, ce qui explique qu'il est administré en seconde intention après le protocole ABVD. Sa préférence face à l'ABVD sera déterminée en fonction du stade de la maladie et des facteurs de risque individuels.

- **Etoposide** est un médicament qui inhibe la topoisomérase II, enzyme responsable de la réparation des cassures dans l'ADN, ce qui conduit à des cassures irréparables. Ainsi, l'étoposide provoque une rupture du double brin d'ADN.
- **Cyclophosphamide** est un médicament antinéoplasique et immunomodulateur qui interagit avec l'ADN pour former des liaisons. Ces liaisons vont inhiber la

transcription et la réplication de cet ADN induisant la destruction de la cellule (16).

- **Vincristine** est un médicament « poison du fuseau » qui bloque les cellules en métaphase en inhibant la formation de microtubules dans le fuseau mitotique et entraîne un arrêt de la division cellulaire (17).
- **Procarbazine** est un médicament anticancéreux immunosuppresseur qui arrête la croissance des cellules par l'inhibition de la synthèse d'ADN (18).
- **Prednisone** est un glucocorticoïde synthétique utilisé dans la chimiothérapie pour ses effets anti-inflammatoires et immunosuppresseurs. Il permet également d'améliorer l'efficacité de la chimiothérapie.

4.1.3 Toxicité des protocoles de chimiothérapie ABVD et BEACOPP

La chimiothérapie est la principale thérapeutique pour guérir un patient d'un lymphome de Hodgkin, en détruisant les cellules cancéreuses. Cependant, du fait de leurs mécanismes d'action, ces molécules vont aussi affecter des cellules saines. Cet effet secondaire s'observera par des signes cliniques qui altéreront la qualité de vie du patient.

Des traitements symptomatiques pourront ainsi être prescrits afin d'améliorer le confort du patient et de limiter la survenue ou l'intensité des effets indésirables liés à la chimiothérapie.

4.1.3.1 *Principaux effets indésirables observés chez un patient traité par protocole ABVD ou BEACOPP*

Nous allons détailler les principaux effets indésirables associés à chaque molécule composant les protocoles ABVD, puis BEACOPP.

Il est essentiel de connaître et de surveiller ces effets, car leur apparition peut compromettre le bon déroulement du traitement. Dans certains cas, ces toxicités peuvent entraîner des complications graves, susceptibles de mettre en péril la vie du patient.

- Protocole ABVD :

Bléomycine :

- **Effets indésirables** : toxicité pulmonaire (pouvant aller jusqu'à la fibrose interstitielle), réactions allergiques, nausées, vomissements, mucites, événements thromboemboliques veineux et artériels, azoospermie.

- **Contre-indications** : Insuffisance respiratoire sévère, grossesse, allaitement, administration de vaccins vivants atténués (jusqu'à 6 mois après l'arrêt du traitement).

Pour limiter le risque infectieux lié aux vaccins vivants atténués, leur administration doit être réalisée au minimum 4 semaines avant le début du traitement et 6 mois après son arrêt.

La Bléomycine est génotoxique, une contraception efficace est recommandée jusqu'à 6 mois après le traitement chez les femmes et jusqu'à 3 mois chez les hommes.

En raison du risque d'azoospermie, la conservation du sperme doit être discutée en amont du traitement.

Vinblastine :

- **Effets indésirables** : leucopénie fréquente, troubles gastro-intestinaux (constipation, anorexie, nausées, vomissements, douleurs abdominales, mucites), alopecie transitoire, azoospermie, douleurs osseuses.
- **Contre-indications** : hypersensibilité, grossesse, allaitement, infections, administration du vaccin contre la fièvre jaune (risque de maladie vaccinale généralisée mortelle).

Le contrôle de la Numération Formule Sanguine est indispensable avant et après chaque administration de chimiothérapie.

Dacarbazine :

- **Effets indésirables** : anémie, leucopénie, thrombocytopénie, réactions allergiques, anorexie, nausée, vomissements.
- **Contre-indications** : hypersensibilité, grossesse, allaitement, vaccins vivants atténués.

Doxorubicine :

- **Effets indésirables** : myélosuppression (leucopénie, neutropénie, thrombopénie, anémie), cardiotoxicité immédiate ou retardée, troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhées, mucites), alopecie (dose-dépendante et réversible), photosensibilisation, coloration rouge des urines, anorexie, érythrodysesthésie palmoplantaire.
- **Contre-indications** : hypersensibilité, grossesse (risque tératogène), allaitement, vaccins vivants atténués.

La cardiotoxicité immédiate est définie par une tachycardie sinusale ou ventriculaire, une arythmie, bradycardie ou encore un trouble de la conduction auriculo-ventriculaire. Ces effets ne sont pas prédictifs du développement d'une cardiotoxicité retardée.

La cardiotoxicité retardée survient dans les 3 mois voire plusieurs années suivant l'arrêt de la chimiothérapie. On peut retrouver une réduction de la fraction d'éjection ventriculaire gauche, une péricardite et une insuffisance cardiaque congestive. Ainsi,

la fonction cardiaque doit être surveillée avant, pendant et après le traitement. Dès les premiers signes d'altération fonctionnelle, l'arrêt de la doxorubicine s'impose.

- Protocole BEACOPP :

Etoposide :

- **Effets indésirables** : infection (si immunodépression sévère), affections hématologiques (anémie, leucopénie, neutropénie, thrombopénie), affection du système immunitaire (réaction anaphylactique : fièvre, frisson, tachycardie, hypotension) : elle survient après la première administration intraveineuse et disparaît à l'arrêt du traitement et l'administration d'adrénaline/ antihistaminiques/ corticoïdes ; leucémie aiguë, étourdissement, arythmie, douleurs abdominales, anorexie, constipation, nausées et vomissements, hépatotoxicité, alopecie réversible, asthénie.
- **Contre-indications** : hypersensibilité, allaitement.

Une surveillance rapprochée des paramètres hématologiques est nécessaire avant, pendant et après le traitement par etoposide. On reporte la séance de chimiothérapie dans le cas où le taux de polynucléaires neutrophiles est inférieur à 1500 cellules/mm³ ou la numération plaquettaire est inférieure à 100 000/ mm³.

Une hypotension peut survenir si l'injection intraveineuse d'etoposide est trop rapide. Il existe un risque tératogène, on conseille aux femmes en âge de procréer de maintenir une contraception efficace jusqu'à 7 mois après l'arrêt du traitement. Pour les hommes le même problème est présent, on gardera la contraception efficace jusqu'à 4 mois après l'arrêt.

Cyclophosphamide :

- **Effets indésirables** : myélosuppression (neutropénie, thrombopénie, anémie), troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements), alopecie, anorexie, trouble de la fertilité, toxicité cardiopulmonaire.
- **Contre-indications** : hypersensibilité, myélosuppression sévère, infections non contrôlées, allaitement, grossesse.

Vincristine :

- **Effets indésirables** : neuropathies périphériques (paresthésies), constipation, alopecie, effets hématologiques modérés
- **Contre-indications** : hypersensibilité, infections non contrôlées, grossesse, allaitement.

Procarbazine :

- **Effets indésirables** : myélosuppression (thrombopénie, leucopénie, anémie), troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements), anorexie, troubles cutanés.

- **Contre-indications** : hypersensibilité, grossesse, allaitement, association aux vaccins vivants atténués.

Prednisone :

- **Effets indésirables** : troubles métaboliques (hyperglycémie, rétention hydrosodée, hypokaliémie), insomnie, agitation, euphorie, ostéoporose, ulcères gastro-duodénaux.
- **Contre-indications** : hypersensibilité.

4.1.3.2 Principaux effets indésirables observés au cours d'une radiothérapie et risques

Pour la radiothérapie, nous avons vu qu'elle utilise des rayonnements ionisants pour détruire les cellules cancéreuses, en altérant leur ADN. Mais elle affecte également les cellules saines situées dans la zone ciblée, ce qui explique l'apparition d'effets indésirables. Ces effets dépendent de la dose totale d'irradiation délivrée, de la fréquence et de la région irradiée choisies par le radiothérapeute.

Les effets secondaires peuvent être aigus (peu après le traitement) ou tardifs (apparaissant dans les mois voire années après la fin du traitement).

4.2 Délivrance des médicaments et conseils associés en officine

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé chargé de contrôler, préparer et délivrer les médicaments. Il constitue également un acteur clé de proximité, souvent le premier contact du patient et le plus accessible du système de soins en ville. La relation de confiance entre le pharmacien et le patient est essentielle pour assurer une prise en charge globale, personnalisée et sécurisée.

Dans le cadre du lymphome de Hodgkin, bien que la chimiothérapie soit administrée en milieu hospitalier, le patient revient souvent à domicile avec une ordonnance de traitements complémentaires. Le pharmacien d'officine devient alors un acteur de continuité entre l'hôpital et le domicile, en assurant la cohérence des traitements et en repérant d'éventuelles interactions médicamenteuses ou redondances.

Les traitements anticancéreux entraînent de nombreux effets indésirables susceptibles d'altérer la qualité de vie du patient. Celui-ci, souvent débordé par l'annonce diagnostique et la mise en place rapide du protocole thérapeutique, n'a que peu de temps pour assimiler les informations transmises et s'approprier un nouveau quotidien. C'est pourquoi les professionnels de santé de ville, et notamment le pharmacien, ont un rôle crucial d'éducation thérapeutique, de soutien et de conseil individualisé.

Le pharmacien peut notamment :

- Proposer des documents pédagogiques adaptés au niveau de compréhension du patient ;
- Reformuler et réexpliquer les objectifs et effets attendus des traitements ;
- Identifier et soulager les effets secondaires fréquents ;
- Conseiller sur l'hygiène de vie, la gestion du risque infectieux, la prévention des complications ;

- Vérifier la bonne observance et orienter si besoin vers le médecin traitant ou l'équipe hospitalière.

Pour cela, le médecin traitant joue un rôle important sur le renouvellement des prescriptions et sa vigilance sur une aggravation clinique. L'ordonnance est délivrée par le pharmacien d'officine qui jouera un rôle sur la dispensation de ces médicaments et l'accompagnement au quotidien du patient.

4.2.1 Antiémetiques :

Les nausées et les vomissements figurent parmi les effets secondaires les plus fréquents et invalidants dans les chimiothérapies (19).

La nausée se manifeste par une sensation désagréable au niveau de la gorge et de l'estomac, elle correspond à une envie de vomir.

Les vomissements sont un rejet du contenu de l'estomac par la bouche.

Ces symptômes peuvent s'accompagner d'une sensation de vertige, d'hypersialorrhée, d'une tachycardie et d'un malaise général.

Les épisodes de nausées et vomissements interagissent avec la qualité de vie du patient et peuvent interrompre l'observance thérapeutique. Ce sont des effets indésirables majeurs pour lesquels il est important d'anticiper leur apparition et d'en diminuer les effets.

On distingue plusieurs types de nausées et vomissements induits par la chimiothérapie :

- Nausées et vomissements aigus : apparaissent dans les 24 premières heures suivant l'administration du traitement. Leur apparition est expliquée par l'action de la chimiothérapie sur les muqueuses intestinales libérant des médiateurs émétisants (notamment la sérotonine et la neurokinine 1). Ces médiateurs vont se fixer sur leurs récepteurs respectifs 5-HT3 et NK1 et déclencher le réflexe vomitif (20).
- Nausées et vomissements retardés : surviennent après 24 heures et jusqu'à 5 jours après la cure.
Leurs mécanismes d'apparition sont moins élucidés et l'implication de la substance P semble être une cause probable. En effet, plusieurs études ont évoqué une augmentation significative de la substance P chez des patients ayant des nausées et vomissements retardés (21,22).
Ces effets sont souvent moins sévères et soulagés par la dexaméthasone.
- Nausées ou vomissements anticipés : survenant avant l'administration de la chimiothérapie, par un phénomène de conditionnement psychologique. On parle alors du réflexe pavlovien : le cerveau fait le lien entre l'apparition de nausées/vomissements et l'administration de la chimiothérapie. Cette administration de médicament sera couplée avec un stimulus conditionnel (odeur de l'hôpital, trajet vers l'hôpital, salle de soins...). Donc, même si aucun traitement n'a été administré, le patient peut percevoir ces effets.

Pour ces effets, il y a des facteurs de risque qui rentrent en compte dans le degré de sévérité des nausées et vomissements. Notamment, certaines chimiothérapies sont plus émétogènes que d'autres. Ainsi, les chimiothérapies les plus émétogènes sont : carmustine, cisplatine, cyclophosphamide, dacarbazine, doxorubicine, épirubicine et idarubicine.

De plus, les doses élevées de chimiothérapie sont plus émétisantes que les faibles doses. De même, lorsque la chimiothérapie est administrée par perfusion continue, celle-ci sera mieux tolérée que l'injection en bolus.

On note aussi des facteurs de risque liés au patient. En effet, les sujets jeunes, anxieux ou encore avec des antécédents de mal des transports sont plus à risque de subir ces effets secondaires.

On remarque également que la consommation chronique d'alcool (>100g d'alcool par jour) a un effet protecteur sur les nausées et vomissements.

Il est important de traiter ces effets afin d'éviter la déshydratation, malnutrition et anorexie pouvant engager rapidement le pronostic vital. De plus, la survenue de ces effets indésirables peut perturber la poursuite du traitement anticancéreux (23).

Pour cela, il existe plusieurs classes médicamenteuses antiémétiques :

4.2.1.1 Antagonistes des récepteurs NK1 : aprépitant, rolapitant, nétupitant

Ces médicaments sont utilisés dans la prévention des nausées et vomissements dus aux chimiothérapies hautement et moyennement émétisantes. L'aprépitant est un antagoniste sélectif des récepteurs de la neurokinine 1(NK1) empêchant la fixation de la substance P sur les centres du vomissement. Il est souvent utilisé en association avec un corticostéroïde et un antagoniste des récepteurs 5-HT3.

Les effets indésirables de ces traitements sont le hoquet, l'élévation des taux circulants d'alanine aminotransférase, les dyspepsies, la constipation, les céphalées, la diminution de l'appétit et l'asthénie.

Il faudra veiller aux interactions médicamenteuses que peut provoquer cette molécule. En effet, il s'agit d'un inhibiteur modéré du cytochrome P450 CYP3A4 au début du traitement, ce qui peut augmenter les concentrations plasmatiques de certains médicaments. Il devient ensuite un inducteur modéré des cytochromes P450 CYP2C9 et CYP3A4 à la fin du traitement, ce qui peut diminuer l'efficacité de certains traitements.

Il est principalement retrouvé dans le cadre d'un schéma thérapeutique comportant un corticostéroïde et un antagoniste 5-HT3.

Ce médicament s'administre pendant 3 jours : 125 mg le premier jour, puis 80 mg le deuxième et troisième jour. Il se prend par voie orale une heure avant la chimiothérapie pour le premier jour et le matin pour les deux jours suivants (tableau IV). Le conditionnement du médicament est élaboré pour couvrir une cure de chimiothérapie,

on retrouvera les 3 comprimés à prendre les 3 jours suivants le traitement. Il faut expliquer au patient que le dosage le plus important est à prendre avant la chimiothérapie.

L'aprépitant est un médicament d'exception, c'est-à-dire qu'il doit être prescrit uniquement pour l'indication suivante : « Prévention des nausées et des vomissements associés à des chimiothérapies anticancéreuses hautement et moyennement émétisantes chez les adultes et les adolescents à partir de 12 ans ».

La prescription peut être réalisée pour un an et la délivrance est mensuelle.

Le pharmacien veille au respect des conditions de prescription et de délivrance. On retrouvera alors le timbre de l'officine sur les 4 volets de l'ordonnance d'exception, le numéro d'enregistrement à l'ordonnancier, la date, le nom du médicament délivré et la quantité délivrée. De plus, la quatrième page de l'ordonnance est conservée pendant 3 ans par l'officine.

4.2.1.2 Antagonistes des récepteurs 5HT3 : les sétrons

Les sétrons (ondansétron, granisétron, palonosétron,) sont des molécules antagonistes des récepteurs 5-HT₃ localisés sur la muqueuse digestive. Ces récepteurs sont activés par la sérotonine, libérée en grande quantité par les cellules entérochromaffines intestinales en réponse à un agent cytotoxique. Ainsi, le blocage de ces récepteurs permet de prévenir les nausées et vomissements par une diminution de la libération de sérotonine.

Ce sont des médicaments bien tolérés par les patients, avec des effets indésirables principalement digestifs (constipation, diarrhée), neurologiques (céphalées, fatigue), des bouffées de chaleur et plus rarement une élévation transitoire des transaminases. L'ondansétron, en particulier, allonge l'espace QT, ce qui nécessite une surveillance cardiologique par électrocardiogramme.

A l'officine, seul l'ondansétron est disponible. Sa posologie maximale est de 32 mg par 24 heures. Il existe sous forme de comprimés pelliculés, de comprimés orodispersibles mais aussi sous forme de films orodispersibles (SETOFILM) à placer sur la langue (24). Pour être efficace, il faut anticiper les nausées et prendre l'antiémétique avant la chimiothérapie.

Les autres sétrons, sont des médicaments hospitaliers, le granisétron sous forme de patch transdermique ou d'ampoule injectable, et le palonosétron sous forme intraveineuse uniquement.

4.2.1.3 Neuroleptique antagoniste de la dopamine : *Métoclopramide*

Le métoclopramide a longtemps été l'antiémétique de référence, il est aujourd'hui prescrit en seconde intention après les anti-5HT₃, lorsque ces derniers sont inefficaces ou contre-indiqués.

Le métoclopramide possède une action anti-dopaminergique sur les récepteurs D₂ de la CTZ (= chemo réceptive trigger zone ou encore area postrema, zone du cerveau qui détecte, par ses récepteurs, des agents émétiques dans le sang et transmet l'information au centre de vomissement), il a une action antagoniste sur ces récepteurs et ainsi empêche l'activation du centre de vomissement.

Il possède également une activité sur les récepteurs 5HT₄ et 5HT₃ qui permettrait d'expliquer l'activité antiémétisante.

Ce médicament est à la posologie unique de 10 mg jusqu'à trois fois par jour pendant 5 jours maximum, avec un espacement minimal de 6 heures. La dose doit être réduite chez les patients de moins de 60 kg.

Les effets indésirables incluent diarrhées, gaz intestinaux, somnolence, dépression et troubles neurologiques (symptômes extrapyramidaux, dyskinésies tardives). Il faut faire attention aux troubles extrapyramidaux qui peuvent apparaître dès la première prise. Dès l'apparition de signes type trouble du tonus musculaire (contraction musculaire involontaire), il est nécessaire d'arrêter ce traitement.

Le métoclopramide est contre-indiqué chez un patient atteint d'épilepsie, de la maladie de Parkinson ou d'un phéochromocytome (25).

4.2.1.4 Glucocorticoïdes : *dexaméthasone*

Les glucocorticoïdes, comme la dexaméthasone, sont couramment utilisés dans la prévention des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie. Leur mécanisme antiémétique n'est pas totalement connu, mais ils semblent inhiber la libération de prostaglandines au niveau cérébral, moduler l'activité du centre de vomissement et réduire la libération de sérotonine intestinale.

La dexaméthasone est le corticostéroïde synthétique aux propriétés anti-inflammatoires et immunosuppressives le plus souvent administré en association avec un antagoniste 5-HT₃ dans les chimiothérapies hautement émétisantes (26).

Pour une synergie d'action, elle peut aussi être associée à un antagoniste des récepteurs NK₁.

Les effets secondaires sont peu fréquents sur de courtes durées : euphorie, troubles digestifs, insomnie, augmentation de l'appétit. En revanche, les corticothérapies prolongées peuvent entraîner des complications métaboliques (rétention hydrosodée, prise de poids, hyperglycémie, hypercholestérolémie, hypertriglycémie), endocriniennes, infectieuses et oculaires (glaucome).

4.2.1.5 Les anxiolytiques

Les anxiolytiques, en particulier les benzodiazépines, peuvent être utilisés en complément d'un traitement antiémétique spécifique, particulièrement dans les cas de nausées et vomissements anticipés. Leurs propriétés anxiolytiques, sédatives et amnésiantes leur permettent de contrôler l'anxiété et de prévenir les réponses conditionnées.

Les benzodiazépines sont des agonistes allostériques des récepteurs aux GABA-A qui modulent l'ouverture des canaux chlore induisant une hyperpolarisation neuronale responsable des effets sédatifs anxiolytiques, myorelaxants, anticonvulsivants et amnésiants.

Tableau IV : schéma de prise des antiémétiques lors d'une cure de chimiothérapie hautement émétisante comme le protocole ABVD

Antiémétiques	J1 : jour de chimiothérapie	J2	J3	J4
Aprépitant (Emend)	125 mg per os 1h avant la cure	80 mg	80 mg	-----
Antagoniste 5-HT3 (ondansétron)	1 dose IV ou per os 1h avant la cure	32mg max/24H	32mg max/24H	32mg max/24H
Dexaméthasone	12 mg per os ou IV	8 mg	8 mg	8 mg si besoin

4.2.2 Antidouleurs :

Il est possible qu'un patient atteint de cancer souffre de douleurs. Celles-ci ne sont pas systématiques, mais lorsqu'elles sont présentes, elles altèrent considérablement la qualité de vie du patient.

Ces douleurs peuvent avoir différentes origines :

- Douleurs ganglionnaires, liées à l'augmentation du volume des ganglions lymphatiques ;
- Douleurs thoraciques, provoquées par des adénopathies médiastinales ;
- Douleurs abdominales, en raison de la compression d'organes par les masses ganglionnaires profondes ;
- Douleurs neuropathiques secondaires au traitement (comme la vinblastine).

La douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (27).

Le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental pour chaque patient. Il est essentiel de procéder à une évaluation systématique et répétée de la douleur chez un patient cancéreux tout au long du parcours de soins. La gestion de la douleur doit être intégrée à l'ensemble des soins prodigués. La prise en charge de la douleur cancéreuse repose sur une approche pluridisciplinaire, intégrant traitements médicamenteux et non médicamenteux.

Nous aborderons ici les traitements médicamenteux utilisés dans la prise en charge de la douleur, qui peut se manifester de diverses manières :

- Douleur nociceptive par excès de nociception ;
- Douleur neuropathique.

4.2.2.1 Douleur par excès de nociception

L'excès de nociception résulte d'une agression de l'organisme telle qu'un traumatisme, une infection, une inflammation ou une maladie (28). Cette agression active les récepteurs sensibles à la douleur, appelés nocicepteurs, présents dans tout le corps. Leur stimulation génère un signal transmis au système nerveux central, déclenchant la sensation douloureuse.

Les médicaments utilisés pour atténuer les douleurs par excès de nociception diminuent ou bloquent la transmission du message nociceptif des récepteurs périphériques vers les centres spinaux.

Il est préférable d'administrer les médicaments par voie orale, pour sa simplicité. Les traitements doivent être administrés à intervalles réguliers, en choisissant des molécules adaptées à l'intensité de la douleur.

Après l'administration d'un analgésique, il est systématique de réévaluer la douleur toutes les quarante-huit heures pour ajuster le traitement en fonction de son efficacité, des effets secondaires et de sa tolérance.

4.2.2.1.1 Antalgique de pallier 1 :

*○ **Paracétamol :***

Le paracétamol est un antalgique et un antipyrétique de référence. Son mécanisme d'action n'est pas entièrement connu, mais il inhiberait préférentiellement les cyclo-oxygénases de type 3 (COX-3) au niveau du système nerveux central, empêchant ainsi la production de prostaglandines, médiateurs de la douleur et de la fièvre. C'est un médicament bien toléré, mais qui peut provoquer des effets indésirables : une élévation des enzymes hépatiques et des réactions allergiques.

Il est essentiel de respecter la posologie recommandée : 15mg/kg/prise soit 60mg/kg/jour avec un intervalle entre deux prises de 4 à 6 heures.

- **Anti-inflammatoires non stéroïdiens :**

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont des médicaments qui réduisent la synthèse de prostaglandines en inhibant les enzymes cyclo-oxygénases 1 et 2. Ce sont des antalgiques, antipyrétiques et anti-inflammatoires à dose plus élevée.

Cependant, leur prise peut entraîner des effets secondaires tels que des céphalées, des troubles digestifs en raison de leur action sur les cyclo-oxygénase 1 (COX-1) (nausées, douleurs, ulcères, hémorragies du tube digestif), ainsi qu'une insuffisance rénale. Pour limiter ces effets indésirables, il est recommandé de prendre les AINS pendant la période la plus courte possible à la dose minimale efficace. Afin de réduire les troubles digestifs, il est préférable de les prendre au cours du repas ou avec une collation.

Les AINS nécessitent une surveillance attentive, car leur utilisation doit respecter certaines conditions. Ils sont contre-indiqués en cas d'allergie connue, d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, de maladie hépatique, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale sévère, ou chez les femmes enceintes après le 6^{ème} mois de grossesse et leur prise est déconseillée pendant toute la grossesse.

4.2.2.1.2 Antalgiques de pallier 2 :

- **Codéine :**

La codéine est un analgésique opioïde de faible puissance, agissant comme une prodrogue. Elle se lie aux récepteurs opioïdes (mu, delta, kappa) avec une préférence marquée pour le récepteur mu. Elle est fréquemment associée au paracétamol, ce qui permet d'obtenir une action antalgique plus puissante. En tant qu'alcaloïde morphinique, la codéine est convertie en morphine une fois absorbée, expliquant son effet analgésique.

Cependant, la codéine entraîne plusieurs effets indésirables notables. Il est important d'informer le patient qu'elle peut provoquer de la somnolence ou une sédation, un myosis, des tremblements, de la constipation, une rétention urinaire et un bronchospasme pouvant mener à une dépression respiratoire.

Le premier effet mentionné par les patients est la constipation, effet qu'il convient d'anticiper avant la prise de codéine pour mieux le gérer. La sédation, qui peut être problématique, survient principalement au début du traitement ou lors de changements de posologie, mais elle s'estompe avec le temps.

La codéine présente un potentiel de dépendance, ce qui nécessite un usage contrôlé et modéré. Un sevrage brutal chez les patients dépendants peut entraîner des symptômes de sevrage. Il est également crucial d'avertir les patients de ne pas associer la codéine à de l'alcool ou à d'autres sédatifs, car cela augmente considérablement le risque d'effets indésirables.

Enfin, plusieurs contre-indications doivent être prises en compte, notamment les enfants de moins de 12 ans, les patients asthmatiques ou insuffisants respiratoires, les femmes allaitantes, en cas d'obstruction intestinale ainsi que chez les patients connus comme métaboliseurs CYP2D6 ultra-rapides.

Le dosage maximal recommandé de codéine ne doit jamais dépasser 240mg par jour.

- **Tramadol :**

Le tramadol est un antalgique opioïde d'action centrale, qui agit comme un agoniste non sélectif des récepteurs opioïdes (μ). En parallèle, il inhibe la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine. Ce médicament est utilisé lorsque les analgésiques de pallier 1 ne sont pas suffisants, bien qu'il puisse provoquer des effets indésirables tels que des nausées, des vomissements, des céphalées, des vertiges, de la somnolence ainsi qu'un syndrome sérotoninergique, caractérisé par de la confusion, de l'agitation, une hyperthermie supérieure à 38 °C, de l'ataxie et des myoclonies. En présence de symptômes de ce type, il est impératif d'arrêter la prise de tramadol et de consulter un médecin.

Le tramadol existe sous forme à libération prolongée (LP), permettant une action sur 12 h. Dans ce cas, il convient d'expliquer au patient que la forme LP doit être prise matin et soir pour couvrir un effet antalgique tout au long de la journée, tandis que la forme à libération immédiate peut être utilisée en cas de douleur apparente durant la journée. Attention à ne pas dépasser 400 mg par jour en combinant les deux formes. Le lymphome de Hodgkin peut affecter l'état psychologique du patient. Lors de la délivrance de tramadol, il est donc important de vérifier l'historique et le dossier pharmaceutique du patient pour toute prise récente d'inhibiteurs de la monoamine oxydase (comme l'iproniazide ou le moclobémide). Dans ce cas, l'utilisation du tramadol est contre-indiquée si ces antidépresseurs ont été pris au cours des 14 derniers jours.

4.2.2.1.3 Antalgiques de pallier 3 :

- **Morphine :**

La morphine est un analgésique opioïde puissant utilisée pour traiter les douleurs sévères qui ne répondent pas aux autres antalgiques de pallier 1 ou 2. L'objectif est de déterminer la dose adéquate pour chaque patient, permettant de maintenir un soulagement de la douleur suffisant tout en minimisant les effets indésirables. Il est essentiel de rester vigilant lors de la délivrance de ces médicaments, en raison des risques de dépendance aux opioïdes, de dépression respiratoire, et de perturbation de la conscience.

Si la morphine soulage la douleur, elle peut également provoquer des effets secondaires tels que la constipation, les nausées, la fatigue, les vomissements et une sécheresse buccale.

Comme pour le tramadol, il convient de vérifier s'il y a eu une prise récente d'inhibiteurs de la monoamine-oxydase au cours des 2 dernières semaines, car la morphine est contre indiquée dans ce cas.

Afin d'assurer une efficacité optimale, la morphine doit être prise régulièrement et à des heures fixes.

- **Fentanyl :**

Le fentanyl est un opioïde très puissant (100 fois plus puissant que la morphine) d'action rapide qui cible les récepteurs opioïdes mu présents dans le cerveau, la moelle épinière et les tissus périphériques.

Cette molécule est disponible sous différentes formes :

- Transdermique : à appliquer sur une peau glabre, saine et sèche avec un changement régulier de site d'application (comme le dos, le haut du bras, ou la poitrine).
- Comprimés sublinguaux : pour une action plus rapide.

Le fentanyl présente un risque de dépendance et peut entraîner des effets indésirables tels que somnolence, constipation, dépression respiratoire, vertiges et nausées.

4.2.2.2 Douleurs neuropathiques

Les douleurs neuropathiques proviennent d'une lésion ou d'un dysfonctionnement du système nerveux, central ou périphérique. Le mécanisme des douleurs neuropathiques est complexe, il implique plusieurs voies de signalisation pouvant intervenir dans l'induction des douleurs.

Ces douleurs peuvent se manifester sous forme de décharges électriques, de sensation de brûlure, de froid, ou encore de paresthésies. Pour ce type de douleur, l'écoute du patient est primordiale afin d'évaluer correctement la douleur et d'adapter la prise en charge.

Parmi les traitements utilisés, on retrouve :

- **Gabapentine :**

La gabapentine est une molécule agissant par fixation sur les canaux calciques voltage-dépendants, réduisant la libération de neurotransmetteurs excitateurs et diminuant l'excitabilité neuronale.

C'est un anticonvulsivant indiqué dans le traitement des douleurs neuropathiques.

La posologie dépend de l'intensité des douleurs : la dose efficace débute généralement à 900 mg par jour, avec une augmentation par paliers de 300 mg tous les 3 jours, sans dépasser la dose maximale de 3600 mg/jour. Son arrêt doit être progressif pour éviter une aggravation des symptômes.

Parmi les effets indésirables possibles, on peut citer de la fatigue, une leucopénie, des troubles visuels ou encore une prise de poids.

- **Prégabaline :**

Molécule indiquée dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques et centrales, la prégabaline partage un mécanisme d'action similaire à celui de la gabapentine : action sur les canaux calciques voltage dépendants, entraînant une diminution de l'excitabilité neuronale. La dose est augmentée progressivement, par paliers de 300 mg tous les 3 à 7 jours, sans excéder 600 mg par jour.

Les effets indésirables fréquemment rapportés incluent des étourdissements, des céphalées, de la somnolence, une vision trouble ou encore des vertiges.

- **Antidépresseurs tricycliques :**

Certains antidépresseurs tricycliques (tels que l'imipramine, l'amitriptyline, la clomipramine) sont efficaces dans le traitement des douleurs neuropathiques. Ils agissent par inhibition de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine. Ce sont des médicaments provoquant plusieurs effets secondaires comme la sécheresse buccale, la constipation, la somnolence, l'hypotension orthostatique et une cardiotoxicité.

4.2.3 Facteurs de croissance hématopoïétiques

Chez un patient atteint d'un lymphome de Hodgkin, les facteurs de croissance hématopoïétiques sont souvent prescrits pour prévenir et/ou traiter la neutropénie induite par la chimiothérapie.

Une neutropénie (taux de polynucléaire neutrophile inférieur à 1,5 G/L) pouvant aller jusqu'à l'agranulocytose (taux de polynucléaires neutrophiles inférieurs à 0,2 G/L) expose le patient à un risque important d'infections graves voire mortelles.

Afin d'écartier tout risque d'infection, le patient réalise fréquemment des bilans sanguins, notamment avant chaque cure de chimiothérapie afin de vérifier le taux de leucocytes et si besoin de reporter la cure de chimiothérapie jusqu'à normalisation du bilan.

Les facteurs de croissance utilisés sont des G-CSF (granulocyte-colony stimulating factor) qui stimulent la production et la libération de polynucléaires neutrophiles à partir de la moelle osseuse. Ils réduisent la durée de la neutropénie. Les médicaments les plus rencontrés sont filgrastim (Zarzio, Neupogen), lenograstim (Granocyte) et pegfilgrastim (Neulasta). Ils sont administrés par voie sous-cutanée dans le haut du bras, l'abdomen ou la cuisse.

4.2.4 Antibiotiques / Antiviraux / Antifongiques prophylactiques

La neutropénie induite par la chimiothérapie expose le patient à un risque accru d'infections, constituant une cause majeure de morbidité et de complications. Certaines de ces infections sont évitables par la mise en place de mesures d'hygiène rigoureuses.

Sous surveillance médicale, la prescription de traitements antibactériens, antifongiques et antiviraux est souvent nécessaire chez ce type de patient, dont le système immunitaire est affaibli, afin de réduire les complications infectieuses.

Enfin, la vaccination est un point essentiel à revoir avant le début du traitement anticancéreux. Elle joue un rôle crucial dans la prévention des infections (29).

4.2.5 Antidiarrhéiques

La diarrhée est un effet indésirable fréquemment induit par certaines chimiothérapies. Elle peut être sévère et nécessite parfois une réduction de la dose, un retard voire une interruption de la chimiothérapie. La diarrhée induit une perte importante de liquides et d'électrolytes, un risque d'insuffisance rénale, des carences nutritionnelles et surtout a un impact majeur sur la qualité de vie du patient.

Selon la durée de l'épisode, la fréquence des selles et l'état général du patient, un degré de toxicité est calculé afin de mettre en place la meilleure prise en charge.

Ainsi, pour prendre en charge le patient, les options thérapeutiques incluent :

- Hydratation ;
- Régime alimentaire adapté ;
- Lopéramide : agoniste des récepteurs opioïdes mu intestinaux, ralentisseur du transit intestinal qui augmente l'absorption d'eau. Son usage est contre-indiqué en cas de diarrhées infectieuses.
- Diosmectite : argile adsorbante qui protège la muqueuse intestinale et restaure sa perméabilité.
- Octréotide : utilisé pour les diarrhées réfractaires, c'est un analogue de la somatostatine qui inhibe la sécrétion de peptides gastro-intestinaux et diminue la sécrétion d'eau et d'électrolytes (30).

4.2.6 Laxatifs

Les laxatifs sont des médicaments fréquemment prescrits chez un patient atteint d'un lymphome de Hodgkin. En effet, la chimiothérapie, les antidouleurs, la déshydratation, la réduction de mobilité ou encore les modifications alimentaires peuvent entraîner une constipation.

En association avec les règles hygiéno-diététiques, plusieurs classes de laxatifs peuvent être utilisées :

- Laxatifs osmotiques : ils attirent l'eau vers la lumière intestinale et ramollissent les selles pour favoriser leur évacuation (Macrogol, Lactulose) ;
- Laxatif de lest : ils augmentent le volume fécal par rétention d'eau, stimulant le péristaltisme (Psyllium) ;
- Laxatifs lubrifiants : ils lubrifient la muqueuse intestinale pour faciliter le passage des selles. Ces médicaments ne sont pas les plus utilisés pour un patient sous chimiothérapie, ils présentent un risque d'aspiration pulmonaire et une diminution d'absorption des vitamines liposolubles ;
- Laxatifs stimulants : ils augmentent le péristaltisme par stimulation directe de la muqueuse intestinale.

4.2.7 Antidépresseurs et anxiolytiques

À l'officine, il est fréquent de rencontrer des patients atteints de cancer, dont le lymphome de Hodgkin, qui sont sous traitements anxiolytiques et/ou antidépresseurs. En effet, le diagnostic de cancer, les douleurs chroniques, les effets secondaires ainsi que l'incertitude liée à l'évolution de la maladie, peuvent fortement affecter l'état psychologique du patient. Cela peut se traduire par de l'anxiété, des troubles de l'humeur, voire une dépression.

Parmi les traitements prescrits, on retrouve :

→ Anxiolytiques : principalement les benzodiazépines ;

→ Antidépresseurs :

- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (sertraline, paroxétine, escitalopram) ;
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (venlafaxine, duloxétine) ;
- Antidépresseurs tricycliques (amitriptyline).

4.3 **Surveillance des effets secondaires et accompagnement à domicile**

Nous avons précédemment abordé les effets secondaires liés à la chimiothérapie et à la radiothérapie.

Lorsque le patient se rend à l'officine pour récupérer ses médicaments, c'est souvent à ce moment-là qu'il partage les difficultés rencontrées lors de sa cure précédente.

Le pharmacien doit non seulement être à l'écoute, mais aussi offrir un soutien pour améliorer la gestion des effets indésirables, en complément des traitements thérapeutiques.

En effet, plusieurs de ces effets peuvent être atténués ou il est possible d'éviter leur aggravation grâce notamment à des règles hygiéno-diététiques simples (31).

Il est également essentiel de préciser que la présence ou l'absence d'effets secondaires ne reflète pas l'efficacité des traitements. Il est donc primordial de prendre des mesures pour réduire ces effets afin d'assurer la continuité des soins.

Nous allons maintenant passer en revue les effets secondaires les plus fréquents, en détaillant les recommandations préventives et/ou curatives.

4.3.1 La neutropénie

La neutropénie : se définit par une concentration insuffisante en polynucléaires neutrophiles dans le sang ($<1,5$ G/L). Ces cellules, essentielles à l'immunité innée sont les premières à migrer lors d'une réaction inflammatoire, vers le site pour phagocyter

des micro-organismes (bactérie, virus, champignons). En cas de neutropénie, l'organisme ne peut pas se défendre correctement et l'infection peut se propager beaucoup plus rapidement.

La neutropénie peut être de grade variable, mais lorsqu'elle est sévère ($<0,5\text{G/L}$), on parle d'agranulocytose et cela constitue une urgence médicale en cas de fièvre.

Le patient doit donc être observant dans la réalisation de ses bilans sanguins hebdomadaires. En effet, avant et après chaque cure de chimiothérapie, le patient doit réaliser une Numération Formule Sanguine pour vérifier les taux de leucocytes, particulièrement les polynucléaires neutrophiles. Comme on l'a vu précédemment, certaines molécules ont des effets myélosuppresseurs. Si le taux de polynucléaires neutrophiles est trop bas, le médecin peut juger nécessaire de décaler la cure afin de laisser le temps à la moelle osseuse de fabriquer ces cellules, car une neutropénie est souvent de courte durée notamment si des facteurs de croissance hématopoïétiques ont été administrés au patient.

Outre ces traitements, une surveillance clinique de la part du patient (apparition de fièvre ou tout autre symptôme inhabituel) et des professionnels de santé est importante afin de contrôler le retour à la normale de ce paramètre.

Pour le patient, il est important de lui expliquer cette anomalie dans un bilan sanguin, elle n'est pas grave si celle-ci est surveillée. Mais, il est important de rappeler au patient, autant au début de la chimiothérapie comme à la réception d'un bilan sanguin, qu'il doit mettre en place des règles hygiéno-diététiques strictes.

Ces conseils lui permettront d'éviter tout risque d'infection potentiellement grave. Il devra respecter les règles d'hygiène :

- Lavage de mains régulier : avant les repas, après un passage aux toilettes, en milieu public, au contact d'enfants ou personnes à risque d'être malade ;
- Garder une distance : éviter les endroits confinés très fréquentés ;
- Porter un masque : en cas d'obligation d'aller dans des endroits confinés ou à risque comme l'hôpital, un commerce, un transport en commun.

Le patient doit être vigilant face à l'apparition d'une fièvre ($>38^{\circ}\text{C}$ à deux reprises et une heure d'intervalle), c'est un indicateur d'une potentielle infection. Dans ce cas, il faudra appeler l'équipe de soins ou encore le médecin traitant pour connaître la conduite à tenir (antibiothérapie, hospitalisation, report du traitement...). Lors des premiers rendez-vous avec l'hématologue, le patient reçoit un document comportant les numéros d'urgence. Si ce n'est pas le cas, il faut lui conseiller de le demander auprès de son équipe hospitalière.

Le médecin peut décider de faire un bilan sanguin et/ ou clinique, de prescrire une antibiothérapie probabiliste ou encore d'hospitaliser le patient. Pour surveiller la température, le patient doit être attentif à tout signe clinique (frissons, coup de chaud et/ou froid, courbatures, fatigue) et prendre sa température régulièrement.

Une fièvre est décrite lorsque la température en rectale est supérieure à 38°C ; en axillaire si elle est supérieure à $37,5^{\circ}\text{C}$. Celle-ci se prend à distance de tout effort physique ou de tenue trop couverte. La prise de température en rectale est la méthode

la plus fiable. Au niveau de l'axillaire il s'agit de la méthode la moins fiable mais la plus utilisée pour son côté pratique. La mesure frontale par un thermomètre infrarouge est très imprécise car le front reflète mal la température corporelle et cette mesure est influencée par la présence de cheveux, sueur... (32).

De plus, l'automédication n'est pas recommandée, elle risque de retarder la prise en charge ou d'amplifier une réaction inflammatoire. Devant tout état fébrile, le patient doit demander l'avis d'un professionnel de santé avant de prendre un médicament.

Enfin, le patient avec une neutropénie doit prévenir chaque professionnel de santé lors d'une consultation (dentiste, médecin, infirmier...).

4.3.2 La thrombopénie

La thrombopénie : se définit par une diminution de la concentration de plaquettes dans le sang (<150 G/L). Cette anomalie hématologique aura des retentissements sur la qualité de l'organisme à former des caillots et à contrôler les saignements. En effet, en dessous de 50 G/L une hémorragie peut survenir même à la suite d'un traumatisme minime et surtout en dessous de 10 à 20 G/L, un saignement peut se produire sans traumatisme.

Comme pour la neutropénie, des bilans sanguins réguliers sont nécessaires avant chaque cure pour évaluer la numération plaquettaire. Le rôle du pharmacien est d'aider le patient à reconnaître les signes précoces d'une thrombopénie : saignements plus abondants des gencives et/ou du nez ; tendances inhabituelles aux ecchymoses ; selles de couleur noire ou présence de sang dans les selles ; céphalées ou troubles de la vision inhabituels ; urine rosée ; apparition de pétéchies ...

La présence de ces signes doit être signalée à l'équipe de soins qui jugera de la gravité. De plus, tous les professionnels de santé doivent être avertis avant toute pratique de gestes (vaccin ; acte dentaire ; opération).

Pour prévenir ces légers saignements, le patient doit éviter les sports à risque de coups tels que la boxe ou encore le rugby ; il doit avoir une bonne hygiène buccale en se brossant les dents après chaque repas avec une brosse à dents plus souple ; il doit préférer un rasoir électrique plutôt qu'un rasoir jetable pour prévenir les coupures ; il doit porter des gants protecteurs en cas de besoin de jardiner.

Comme pour la neutropénie, l'automédication n'est pas recommandée voire contre-indiquée chez un patient thrombopénique. À chaque délivrance, il faut rappeler au patient de ne pas prendre d'aspirine ou encore d'anti-inflammatoires non stéroïdiens sans accord d'un professionnel de santé.

Dans le cas d'une plaie ouverte qui saigne plus abondamment : il faut nettoyer la zone à l'aide d'un savon et de l'eau et maintenir une pression sur la plaie pendant au moins 10 minutes.

4.3.3 L'alopécie

L'alopécie est définie comme une perte de cheveux et de poils (cils, sourcils...). Cet effet secondaire n'est pas dangereux pour la santé du patient, mais il peut impacter psychologiquement le patient par l'altération de l'image de soi, l'estime personnelle et la qualité de vie.

Le patient doit être au courant avant la première chimiothérapie pour se préparer au mieux à cet effet.

Premièrement, les cheveux et poils s'affinent puis tombent progressivement mèche par mèche. C'est une perte, la plupart du temps, réversible, les cheveux commenceront à repousser 3 mois après la fin de la chimiothérapie, parfois avec une texture ou une couleur modifiée.

Pour retarder la chute, le patient peut utiliser une brosse douce, des shampoings doux et adaptés, éviter les décolorations, colorations, la chaleur et les permanentes. Le cuir chevelu doit être stimulé le moins possible, il est conseillé de faire un shampoing avant la cure et de ne plus les solliciter pendant 5 à 8 jours.

Lors de la séance de chimiothérapie, un casque réfrigérant sera proposé au patient, celui-ci resserre le bulbe du cheveu. En effet, le froid contracte les vaisseaux sanguins et limite l'afflux des agents de chimiothérapie vers les follicules pileux. Le casque se porte 30 minutes avant le début et jusqu'à 30 minutes après la chimiothérapie.

Malgré la meilleure prévention, les cheveux peuvent tomber totalement. Il existe alors des accessoires pour pallier cette perte. On retrouve alors les prothèses capillaires réalisées à partir de cheveux naturels ou synthétiques très réalistes ; les foulards ou turbans qui couvrent l'intégralité de la tête ; du maquillage pour camoufler la perte de sourcils ou de cils.

Il faut informer le patient que ces accessoires et perruques peuvent être pris en charge à 100% par la sécurité sociale. Il leur faudra une prescription médicale délivrée par un médecin dans le cadre d'un parcours de soins coordonné en oncologie ou par un dermatologue, puis s'adresser à un vendeur agréé spécialisé et donc formé à l'accompagnement technique et psychologique du patient. Le pharmacien peut faire partie du processus et accompagner ces patients.

Il existe 2 classes de remboursement :

- Classe 1 : prothèse capillaire totale faite de cheveux synthétiques et un accessoire textile → 350€ remboursés par l'assurance maladie ;
- Classe 2 : perruque avec 30% de cheveux naturels → 250€ remboursés par l'assurance maladie ;

Trois accessoires remboursés à hauteur de 20€ sont pris en charge si le patient ne souhaite pas de prothèse capillaire (33).

Ces dispositifs sont pris en charge à 100% en affection longue durée (ALD), certaines mutuelles complémentaires complètent le remboursement pour des modèles plus coûteux.

4.3.4 Nausées et vomissements

Les nausées et vomissements induits par la chimiothérapie sont des effets secondaires très fréquents qui peuvent devenir rapidement dangereux. S'ils sont mal pris en charge, ils exposent au risque de déshydratation, de troubles électrolytiques (hyponatrémie, hypokaliémie), de perte d'appétit et de dénutrition, pouvant compromettre la poursuite du traitement anticancéreux.

Ces symptômes sont évalués selon une grille de sévérité issue des critères CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events) (Tableau V) (34).

Tableau V : Grille de sévérité des nausées et vomissements issue des critères CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events)

Sévérité	NAUSÉES	VOMISSEMENTS
Grade 1	Perte d'appétit	1 épisode / 24 heures
Grade 2	Diminution des apports alimentaires sans perte de poids ni déshydratation	2 à 5 épisodes / 24 heures
Grade 3	Apports alimentaires et / ou hydriques insuffisants avec perte de poids	> 6 épisodes / 24 heures
Grade 4	Risque vital	Risque vital
Grade 5	Décès	Décès

Des traitements préventifs et curatifs existent, comme nous l'avons vu précédemment (anti-5HT3, antagoniste NK1, corticostéroïdes, métoclopramide...). Cependant, malgré une prise en charge médicamenteuse optimisée, les nausées et vomissements peuvent persister.

C'est pourquoi il est essentiel d'accompagner le patient avec des conseils hygiéno-diététiques :

- Tenir un carnet alimentaire dans lequel le patient identifie les aliments ou situations qui aggravent ou soulagent les symptômes ;
- Boire fréquemment de petites gorgées de boissons sucrées ou salées (bouillons, eaux minérales riches en sodium, jus) en dehors des repas pour compenser les pertes hydriques ;
- Une solution de réhydratation orale peut être proposée pour corriger les déséquilibres électrolytiques ;
- Fractionner les repas en petites quantités et privilégier les aliments faciles à digérer, peu odorants et pauvres en matières grasses ;
- Éviter les aliments épicés, acides ou très sucrés ;
- Préparer les repas à l'avance ou demander de l'aide pour limiter l'exposition aux odeurs de cuisson ;

- Manger sans attendre d'avoir faim, la sensation de faim peut accentuer les nausées ;
- S'installer dans une pièce aérée pendant les repas et préférer les aliments froids ou tièdes ;
- Envisager des thérapies complémentaires en cas de symptômes persistants : acupuncture, relaxation musculaire, hypnose. En effet, malgré une faible certitude des preuves, l'acupuncture peut augmenter le contrôle des vomissements aigus lorsqu'elle est associée aux antiémétiques (35).

La persistance des nausées et/ ou vomissements au-delà de 48 heures malgré les traitements doit être signalée à l'équipe de soins. Une prise en charge spécifique pourra être mise en place : réhydratation par perfusion, modification du traitement antiémétique, voire hospitalisation si besoin.

4.3.5 Constipation

La constipation est définie par un retard ou une difficulté à évacuer les selles, se traduisant par une émission de selles inférieure à 3 par semaine. La fréquence d'élimination des selles varie d'une personne à l'autre. Mais la constipation peut aussi se définir par une sécheresse et dureté des selles, la présence de ballonnements, de flatulences, de douleurs abdominales (crampes). Elle peut être un effet indésirable de la chimiothérapie, des traitements antalgiques opioïdes ou d'une immobilisation liée à la fatigue.

Il ne faut pas laisser la constipation s'installer et il faut mettre rapidement en place les règles hygiéno-diététiques : hydratation (minimum 1,5L sauf contre-indication), consommation d'aliments riches en fibres (fruits, légumes, céréales, légumineuses) et pratique régulière d'une activité physique adaptée pour stimuler le péristaltisme intestinal. La kinésithérapie peut contribuer efficacement à la prise en charge de la constipation grâce à des massages ciblés. Il en est de même pour la mobilisation douce et régulière qui favorise la stimulation du péristaltisme intestinal.

Si les symptômes persistent, plusieurs médicaments existent pour lutter contre la constipation légère :

- Laxatifs osmotiques (type macrogol, lactulose, sorbitol) recommandés en première intention : ils ramollissent les selles en attirant l'eau dans l'intestin ;
- Laxatifs de lest (type ispaghul, gomme de sterculia, psyllium) : ils modifient la consistance des selles et stimulent le péristaltisme intestinal ;
- Laxatifs lubrifiants (type Lansoyl) à délivrer avec précaution car l'utilisation de paraffine est susceptible de réduire l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K) ;
- Laxatifs locaux (type suppositoire de glycérine, tartrate acide de potassium, bicarbonate de sodium) : ils stimulent rapidement le besoin d'aller à la selle.

Pour assurer une prise en charge optimale du patient, il est essentiel de se référer aux critères de gravité définis par la classification CTCAE (Tableau VI).

Tableau VI : Critères de gravité de la constipation selon la classification CTCAE

Sévérité	CONSTIPATION
Grade 1	Symptôme occasionnel
Grade 2	Symptôme persistant nécessitant l'utilisation régulière de laxatifs
Grade 3	Symptôme persistant limitant les activités quotidiennes
Grade 4	Risque vital
Grade 5	Décès

Après une absence de selles de plus de 3 jours malgré la mise en place des conseils, il est nécessaire de prendre contact avec l'équipe de soins qui jugera de la gravité. Une prescription de laxatif peut résoudre le problème, mais une consultation ou encore une hospitalisation peut aussi être programmée.

4.3.6 Diarrhées

La diarrhée se définit par une augmentation de la fréquence des selles et l'apparition de selles liquides. Afin d'évaluer la sévérité des symptômes et d'adapter la prise en charge, il faut se référer aux critères CTCAE (Tableau VII).

Tableau VII : Critères de gravité des diarrhées selon la classification CTCAE.

Sévérité	DIARRHEES
Grade 1	Moins de 4 selles/ jour
Grade 2	4 à 6 selles par jour, impact léger sur les activités quotidiennes
Grade 3	Plus de 7 selles par jour limitant les activités quotidiennes avec une incontinence : nécessite une hospitalisation
Grade 4	Risque vital
Grade 5	Décès

La diarrhée est un effet secondaire fréquent des chimiothérapies.

Lorsqu'elle est de grade 1 ou 2, elle peut être prise en charge par un traitement symptomatique associé à des mesures diététiques. Toutefois, il est indispensable d'informer l'équipe médicale dès les premiers signes afin d'obtenir leur avis et d'éviter toutes complications.

La prise en charge initiale de la diarrhée implique de corriger les pertes hydriques et électrolytiques. Il est recommandé de boire entre 1,5 et 2 litres d'eau par jour, en préférant des solutions de réhydratation orales (contenant du sel et du sucre), car l'eau seule ne suffit pas à corriger les pertes en sodium et potassium. Sur le plan alimentaire,

il est recommandé de limiter les fibres, notamment les légumes et fruits crus, d'éviter les plats épicés ou riches en matières grasses comme les fritures. Il est conseillé lors d'épisode de diarrhées de privilégier des repas légers, tels que du riz, des bananes ou des pommes, qui sont plus faciles à digérer et absorbés par l'organisme.

En première intention, après avoir exclu une origine infectieuse, un traitement par lopéramide peut être initié. Il s'agit d'un antidiarrhéique antisécrétoire à action rapide qui ralentit le transit intestinal. La posologie habituelle est de 4 mg en dose initiale, puis 2 mg à chaque selle liquide sans dépasser 16 mg par jour.

Le racécadotril, inhibiteur de l'enképhalinase, peut également être utilisé. Il agit en réduisant l'hypersécrétion d'eau et d'électrolytes dans l'intestin par l'inhibition de l'enképhalinase, enzyme présente dans l'épithélium intestinal dégradant les enképhalines.

Enfin, la survenue d'une diarrhée accompagnée de fièvre doit être considérée comme une urgence médicale chez un patient sous chimiothérapie. Une évaluation rapide avec bilan biologique voir hémoculture et coproculture doit être envisagée notamment chez un patient immunodéprimé, afin d'éliminer une cause infectieuse grave.

4.3.7 Asthénie

L'asthénie est définie comme une sensation persistance de fatigue anormale caractérisée par une faiblesse générale et une perte d'énergie non soulagée par le repos. C'est un effet indésirable fréquent des traitements anticancéreux, particulièrement invalidant pour le patient, qui voit son autonomie diminuer avec des difficultés à se lever, marcher ou accomplir des activités de la vie quotidienne. Cette fatigue entraîne souvent un retrait social ainsi qu'un impact psychologique augmentant le risque de dépression.

Sur le plan physique, l'asthénie entraîne une impuissance musculaire, augmentant le risque de chute, mais aussi une perte d'appétit, une dénutrition et un ralentissement de la récupération entre les cycles de chimiothérapie, prolongeant l'état de fragilité du patient.

Bien que l'asthénie soit un effet direct des traitements, elle peut également être induite ou aggravée par des causes réversibles telles qu'une carence, un trouble de la numération formule sanguine (anémie) ou une infection. Il faut donc régulièrement surveiller ces paramètres afin d'optimiser la prise en charge.

L'activité physique adaptée constitue une intervention non médicamenteuse de première intention pour lutter contre l'asthénie. Des activités telles que la marche, le vélo ou le renforcement musculaire sont recommandées et scientifiquement prouvées pour améliorer l'endurance, le bien être mental, la qualité du sommeil et la récupération entre les traitements.

Par ailleurs, l'asthénie peut être induite par l'anxiété, la dépression, les angoisses liées à la maladie. Dans ces cas, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut être

bénéfique pour le patient. Cette approche menée par un professionnel de santé formé à la psychothérapie, vise à identifier et modifier les pensées négatives afin d'améliorer la qualité de vie du patient. La TCC aide le patient à diminuer son anxiété, améliorer le sommeil et sa récupération et renforce le contrôle des émotions. Le soutien social, notamment les associations de patients, peut intervenir dans le bien être du patient, par le partage d'expériences, la participation à des activités de groupe et l'apport d'un soutien moral.

Enfin, l'alimentation est un pilier dans la prise en charge de l'asthénie, souvent mise de côté par les nausées et vomissements induisant une dénutrition et une perte d'appétit. Mais, elle permet un apport énergétique et protéique indispensable au bon fonctionnement de l'organisme.

Pour conclure, l'asthénie nécessite une prise en charge multidisciplinaire impliquant kinésithérapeutes, psychologues, médecins et pharmaciens. Ces professionnels collaborent afin d'évaluer les besoins spécifiques du patient et de mettre en œuvre des stratégies complémentaires visant à compenser la fatigue, restaurer l'énergie, améliorer la qualité de vie et surtout soutenir le parcours thérapeutique.

4.3.8 Brûlures cutanées induites par la radiothérapie

Les brûlures cutanées sont des effets secondaires fréquents de la radiothérapie. Cette thérapeutique détruit les cellules cancéreuses, mais l'irradiation affecte également les cellules saines de la peau, provoquant une inflammation aiguë caractérisée par une rougeur, une sécheresse, des démangeaisons, des douleurs voire une desquamation. Ces lésions surviennent généralement entre la première et la quatrième semaine de traitement.

Afin d'évaluer la sévérité des brûlures et d'adapter la prise en charge, il faut se référer aux critères CTCAE (Tableau VIII).

Tableau VIII : Critères de gravité des brûlures selon la classification CTCAE.

Sévérité	BRÛLURES
Grade 1	Érythème léger, sécheresse cutanée
Grade 2	Érythème modéré, desquamation
Grade 3	Desquamation, douleurs, ulcérations superficielles
Grade 4	Nécroses cutanées, ulcérations profondes

La prévention des brûlures jusqu'au grade 1 peut être assurée en officine grâce à des soins locaux adaptés. Une prévention précoce est indispensable pour limiter le risque de complications cutanées plus sévères.

Il est conseillé au patient de suivre plusieurs recommandations simples mais essentielles :

- Utiliser un savon surgras doux pour la toilette ;
- Sécher la peau par tamponnement sans frotter ;
- Porter des vêtements en coton doux sur la zone irradiée afin de réduire les frottements et irritations ;
- Éviter les douches ou bains trop chauds et préférer une douche tiède rapide sans frictionner la peau irradiée ;
- S'abstenir d'appliquer des produits irritants comme l'alcool, les eaux de toilettes ou déodorants sur la zone concernée.

L'application régulière d'une crème hydratante ou réparatrice est recommandée entre les séances pour renforcer la barrière cutanée et limiter l'agression des rayonnements. Il est cependant important de ne jamais appliquer de corps gras ou crème juste avant une séance de radiothérapie, car cela pourrait augmenter l'absorption des rayons et aggraver les lésions cutanées.

Lors d'une irradiation de la tête, de la région buccale ou encore du cou, il faut surveiller l'apparition de radiomucite qui est une inflammation des muqueuses se manifestant par une rougeur, douleur, aphtes et altération du goût. Pour cela, une hygiène buccale rigoureuse est indispensable : brossage doux régulier, hydratation abondante, suppression d'alcool et de tabac, utilisation de bains de bouche adaptés.

Pour soulager la douleur liée aux brûlures, la pose de compresses humides et fraîches sur la zone irradiée peut être bénéfique. En cas de lésions plus sévères ou persistantes, une consultation dermatologique est nécessaire.

4.4 Vaccination

La vaccination est un acte de prévention qui consiste à administrer un vaccin dans le but de stimuler le système immunitaire et de permettre la production d'anticorps spécifiques contre des agents infectieux. Elle permet de protéger un patient mais également son entourage en limitant la propagation de maladies potentiellement graves.

L'introduction d'un antigène par le vaccin permet à l'organisme de développer une mémoire immunitaire. Lors d'un contact ultérieur avec l'agent pathogène, le système immunitaire sera capable de le reconnaître rapidement et de se défendre de manière plus efficace.

Aujourd'hui, la vaccination est un domaine en pleine évolution pour le pharmacien d'officine, à travers l'élargissement de ses missions : prescription, administration et suivi. Le suivi vaccinal par le pharmacien commence dès l'âge de 11 ans, dans le cadre du calendrier vaccinal classique, et doit être maintenu tout au long de la vie. Lorsqu'un patient diagnostiqué d'un lymphome de Hodgkin se présente à la pharmacie, le rôle du pharmacien est de s'assurer que toutes les conditions (écoute, accompagnement, conseils et prise en charge) soient réunies pour combattre sa maladie. Cela inclut un schéma vaccinal à jour, adapté à la situation d'immunodépression induite par la chimiothérapie.

Pendant le traitement, les vaccins vivants atténués sont contre-indiqués. Les missions du pharmacien sont donc de vérifier le statut vaccinal et conseiller les vaccins recommandés.

4.4.1 Calendrier vaccinal

Le pharmacien joue un rôle important dans le suivi du calendrier vaccinal des adolescents et adultes. Il doit veiller à ce que chaque patient soit à jour de ses vaccinations recommandées, selon son âge et son état de santé.

Chez un patient atteint de lymphome de Hodgkin, ce suivi vaccinal doit être ajusté à chaque étape de la prise en charge : avant l'initiation de la chimiothérapie, pendant le traitement, puis en phase de rémission.

Le tableau IX présente les vaccinations recommandées chez l'adulte selon les recommandations du calendrier vaccinal actuellement en vigueur en France. :

Tableau IX : vaccinations recommandées chez les adultes actuellement en France

	Vaccins contre :	18-24 ans	25 ans	35 ans	45 ans	65 ans	> 65 ans
Recommandations générales	Covid-19					Vaccination recommandée chez l'adulte de 65 ans et plus. 1 dose annuelle à l'automne. Dose de printemps recommandée pour les personnes de 80 ans et plus ou les résidents d'EHPAD et USLD, en respectant un délai d'au moins 3 mois après la dernière injection/ infection.	
	Diphtérie (d), Tétanos (T), Poliomyélite (P)		Rappel dTcaP		Rappel dTcaP	Rappel dTcaP	Rappel dTcaP à 75, 85 ans...
	Coqueluche acellulaire (ca)						
	Grippe					1 dose annuelle	
	Pneumocoque					1 dose de VPC20	
	Zona					A partir de 65 ans : vaccination avec le vaccin Shingrix ; 2 doses espacées de 2 mois ²	
	VRS						A partir de 75 ans : 1 dose d'Abrysvo ou d'Arexvy ou mRESVIA
Rattrapage	Coqueluche acellulaire (ca)		1 dose dTcaP chez l'adulte jusqu'à 39 ans révolus, n'ayant pas reçu de rappel à 25 ans				
	Méningocoques ACWY (vaccin conjugué)	1 dose entre 15 et 24 ans					
	Papillomavirus humains (HPV) chez les jeunes femmes et les jeunes hommes	Schéma à 3 doses 0, 2, 6 mois (jeunes jusqu'à l'âge de 19 ans révolus)					
	Rougeole (R), Oreillons (O), Rubéole (R)	Atteindre 2 doses au total chez les personnes nées depuis 1980					
	Rubéole	1 dose de ROR chez les femmes non vaccinées en âge de procréer					

Il faudra donc s'assurer que les patients atteints d'un lymphome de Hodgkin sont à jour dans leurs vaccinations, notamment les rappels contre la diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche prévues aux âges de 25, 45, 65 ans. Pour les patients âgés de plus de 65 ans, le rôle du pharmacien est également d'insister sur l'importance des vaccinations recommandées pour cette tranche d'âge, en particulier contre la grippe, les pneumocoques, le zona ou encore le virus respiratoire syncytial (VRS).

Pour les patients plus jeunes, une vigilance doit être portée sur la vaccination contre les méningocoques des sérogroupes A, C, W, Y et contre les papillomavirus humains (HPV).

4.4.2 Vaccinations chez les patients immunodéprimés

Chez les patients atteints de lymphome de Hodgkin, la chimiothérapie entraîne une déplétion lymphocytaire, en particulier une baisse des lymphocytes T CD4+, induisant une immunodépression. Celle-ci expose le patient à un risque accru d'infections sévères, responsables d'une morbidité et d'une mortalité importante.

Pendant cette période de vulnérabilité, certaines vaccinations sont particulièrement recommandées, tandis que d'autres sont contre-indiquées. L'immunodépression explique la difficulté à maintenir l'immunité acquise par les vaccinations effectuées avant la chimiothérapie et réduit la réponse immunitaire d'une vaccination réalisée pendant le traitement.

Le degré d'immunosuppression varie avec l'âge, le type de pathologie et le protocole de la chimiothérapie.

Les vaccins vivants atténués (tels que ceux contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la varicelle et le zona (Zostavax), la fièvre jaune, le rotavirus, ou la tuberculose) ne doivent jamais être administrés pendant la chimiothérapie, et ce jusqu'à six mois après la fin du traitement, période nécessaire à la récupération immunitaire.

En revanche, les vaccins inactivés ou non vivants peuvent être administrés, même pendant la chimiothérapie, idéalement entre deux cures, en dehors des phases de neutropénie :

- Le vaccin contre la grippe saisonnière : est recommandé chaque année pendant la campagne de vaccination dont les dates sont fixées par le ministère de la Santé ;
- Le vaccin contre le Covid-19 : est recommandé chaque année à l'automne, en respectant un délai de trois à six mois après la dernière injection ou infection en fonction de l'état du patient (âgé de plus de 80 ans, immunodéprimé, très haut risque) ;
- Vaccin contre le pneumocoque : une dose est recommandée chez les adultes, par un vaccin pneumococcique conjugué à 20 valences (VPC-20) sauf si un schéma antérieur a été réalisé, dans ce cas, un délai de 5 ans après le dernier vaccin doit être respecté.
- Vaccin contre le zona : est recommandé désormais chez les adultes de plus de 18 ans immunodéprimés avec le vaccin inactivé SHINGRIX avec deux doses de vaccins, à deux mois d'intervalle (MO, M2) (36).

Dans le cas d'un patient atteint d'un lymphome de Hodgkin, il est conseillé de mettre à jour le statut vaccinal avant l'initiation de la chimiothérapie, idéalement 4 semaines avant le début des traitements, afin d'optimiser la réponse immunitaire.

En complément de ces vaccinations, les pharmaciens jouent un rôle essentiel dans le suivi vaccinal des patients immunodéprimés : en proposant les rappels nécessaires,

en vérifiant les antécédents vaccinaux et en assurant une coordination avec l'équipe hospitalière dans le cadre du parcours de soins.

4.5 Rôle éducatif et accompagnement

4.5.1 Au comptoir

4.5.1.1 *Répondre aux questions des patients*

L'un des aspects essentiels de la prise en charge d'un patient atteint de lymphome de Hodgkin au comptoir est la **réassurance**. Bien que les traitements soient généralement bien expliqués par l'hématologue à l'hôpital, de nombreuses inquiétudes peuvent surgir concernant le déroulement des examens ou les répercussions sur la vie quotidienne du patient. Il est donc important d'anticiper les questions que ces patients pourraient se poser afin de leur fournir des réponses claires et rassurantes.

Cela contribue à instaurer un climat de confiance, essentiel pour favoriser les échanges futurs et garantir un accompagnement optimal.

Interrogations sur la biopsie ?

La biopsie est un acte médical généralement réalisé sous anesthésie locale à l'hôpital. Elle consiste à prélever tout ou une partie d'un ganglion lymphatique. L'objectif est de détecter la présence éventuelle de cellules de Reed-Sternberg, caractéristiques du lymphome de Hodgkin, mais aussi d'attribuer au cancer une stadification permettant d'instaurer le protocole thérapeutique adapté.

L'intervention est courte, d'environ une heure, et se déroule dans la majorité des cas sans douleur. Elle laisse très peu de cicatrice. Les risques de cette opération sont faibles, mais il est important de surveiller la plaie pour éviter une infection ou un saignement.

En revanche, le délai pour obtenir les résultats peut être un peu plus long. Il s'agit d'un geste simple mais essentiel pour confirmer le diagnostic et différencier les types de lymphomes.

Interrogation sur le TEP-scan :

Le TEP-scan est un examen qui permet de localiser les cellules cancéreuses dans l'organisme. Il nécessite l'injection d'un produit radioactif contenant un traceur qui se fixe sur les cellules. Il est demandé d'être à jeun avant cet examen.

L'examen dure environ 2 heures, incluant l'injection du produit, un temps de repos d'environ une heure permettant au produit de diffuser dans l'organisme puis la réalisation des images. Ce temps d'attente peut paraître long, car il nécessite de rester immobile et de ne pas fumer. Une écoute de musique est possible pour faire passer le temps, une télévision peut être mise à disposition.

Les images sont réalisées avec le patient allongé sur le dos, sur une table d'examen pendant environ 20 à 30 minutes.

Après cet examen, il est recommandé de bien s'hydrater afin de faciliter l'élimination du produit injecté. Le patient reste légèrement radioactif quelques heures après l'examen. L'examen expose faiblement aux radiations, il est généralement sans danger. Il est recommandé d'éviter un contact rapproché et prolongé avec les femmes enceintes et les jeunes enfants le reste de la journée suivant l'examen. Cela permet de minimiser une exposition inutile aux rayonnements (37).

L'allaitement est contre-indiqué dans les 12 heures suivant l'examen ; il est conseillé de jeter le lait maternel produit durant cette période.

Enfin, le TEP-scan est un examen non douloureux, quelques patients peuvent ressentir une légère gêne au moment de l'injection, mais aucun effet secondaire grave n'est habituellement observé.

Interrogation sur les séances de radiothérapie :

Il est essentiel de bien comprendre le déroulement global d'une séance de radiothérapie afin de rassurer le patient, dont la première séance peut être source d'appréhension. Le patient sera accompagné par l'équipe du centre de radiothérapie tout au long du traitement.

Dans un premier temps, le patient assistera à une séance de repérage, destinée à définir précisément la zone à irradier. Il sera allongé sur le dos, position qu'il conservera lors de chaque séance, et immobilisé à l'aide d'un masque thermoformé, ajusté en fonction des mesures prises durant cette première séance. Des repères seront ensuite marqués sur la peau à l'aide de peinture violette, d'un feutre ou par un tatouage, et devront être conservés tout au long du traitement. Ces repères permettent l'ajustement de l'appareil de radiothérapie à chaque début de séance.

Lors de chaque séance, le patient adoptera la même position déterminée lors du repérage. Il sera seul dans une salle éclairée, mais restera en communication avec les manipulateurs grâce à un interphone. La séance est généralement courte, d'environ 15 minutes. Après la séance de radiothérapie, le patient peut rentrer directement chez lui.

Des intervenants sont-ils disponibles pour accompagner les patients en cas de difficultés psychologiques ou liées à la vie affective et intime ?

Il est essentiel de ne pas laisser un patient en détresse psychologique sans solution ni orientation vers un professionnel de santé adapté. Au sein du service où est pris en charge le patient, un psychologue ou un psycho-oncologue est disponible et peut intervenir à la demande du patient ou de ses proches. Ce professionnel offre un temps

d'écoute et d'échange permettant au patient d'exprimer ses ressentis. On peut préciser au patient qu'une première consultation ne signifie pas forcément la mise en place d'un suivi régulier, mais simplement un temps détaché du quotidien pour exprimer son ressenti.

La santé sexuelle et la vie intime ne doivent pas être des sujets tabous : elles font partie intégrante des droits des patients et de leurs partenaires. Cet aspect est inclus dans le parcours personnalisé de soins et doit être abordé à chaque étape de la maladie : de l'annonce, au traitement et surtout dans l'après-cancer. Il revient à chaque professionnel de santé d'évoquer cette thématique dans le respect de ses compétences et de savoir orienter le patient vers les spécialistes.

L'approche visera à identifier une éventuelle altération de la santé sexuelle, un domaine vaste qui englobe aussi bien les troubles du désir que des dysfonctionnements physiologiques, tels que la dysfonction érectile, la sécheresse vaginale, les douleurs pendant les rapports, la fatigue, la modification de l'image corporelle. L'objectif est donc d'évaluer l'importance de ces troubles et leur impact sur la qualité de vie, de repérer les patients ayant besoin d'un accompagnement, de les informer sur les symptômes et de les orienter vers les professionnels adaptés. Les troubles sexuels ne nécessitent pas toujours une prise en charge complexe : dans de nombreux cas, une réassurance et des conseils adaptés (utilisation d'un lubrifiant, gestion de la fatigue, communication avec son partenaire) peuvent suffire. Cependant, si les difficultés persistent, une prise en charge thérapeutique peut être envisagée. En cas d'échec de la réassurance, il est essentiel d'orienter le patient vers un professionnel de santé spécialisé en sexologie, tel qu'un médecin, un psychologue ou encore une sage-femme.

Enfin, il est important que le patient sache qu'il n'est pas seul, que ses difficultés sont reconnues et que des solutions existent pour retrouver une qualité de vie intime.

Quel type d'aide financière est disponible ?

La maladie n'affecte pas seulement la santé physique du patient, mais peut aussi impacter son quotidien, notamment sur le plan financier. Certains frais supplémentaires, tels que l'aide-ménagère, les dépenses médicales non couvertes malgré l'ALD, ou encore le soutien alimentaire, le logement, peuvent être difficiles à assumer.

Pour faire face à ces imprévus, la Ligue contre le cancer, reconnue d'utilité publique, propose des aides financières adaptées aux patients. Pour en bénéficier, il faut contacter le comité départemental de la Ligue, qui pourra répondre aux questions et guider le patient dans les démarches à suivre. D'autres organismes publics ou associatifs peuvent apporter un soutien, comme les services sociaux hospitaliers ou la Caisse d'Assurance Maladie.

Même si ce n'est pas une compétence spécifique du pharmacien d'officine, il est important d'encourager le patient à se faire accompagner dans ces démarches complexes. Cela fait partie intégrante de sa prise en charge pour améliorer son confort et sa qualité de vie. Réduire les difficultés financières permet au patient de disposer de plus de temps et de ressources pour prendre soin de lui et suivre son traitement correctement.

Comment puis-je savoir si le traitement fonctionne et que mon cancer ne récidive pas ?

Un patient atteint d'un lymphome de Hodgkin bénéficie d'un suivi rapproché par son hématologue, son radiothérapeute et son médecin traitant.

À chaque cure de chimiothérapie et à chaque consultation avec l'hématologue ou le radiothérapeute, un interrogatoire et un examen clinique sont réalisés, incluant la palpation des aires ganglionnaires afin de détecter d'éventuels signes de récidive (adénopathies, symptômes généraux). De plus, avant chaque consultation est réalisé un bilan sanguin à la recherche d'une éventuelle anomalie de l'hémogramme. Le patient doit également être accompagné dans un retour vers une vie normale (capacité à reprendre le sport, le travail...). Enfin, en fonction de l'atteinte de la maladie, des examens d'imagerie seront pratiqués pour surveiller la réponse au traitement.

Après la fin des traitements, ce suivi se poursuit à un rythme régulier : tous les trois mois pendant deux ans, tous les six mois les trois années suivantes, puis une fois par an.

Qu'est-ce qu'une chambre implantable ?

La chambre à cathéter implantable est un petit boîtier placé sous la peau, au niveau du thorax, sous la clavicule (figure 3). Elle est reliée à un cathéter, inséré dans une veine profonde, qui permet l'administration directe de médicaments intraveineux. Ce dispositif facilite l'administration de traitements de longue durée, comme la chimiothérapie, sans abîmer les veines superficielles. Il permet un confort pour le patient qui présentera moins de douleurs qu'une injection par les veines superficielles du bras.

La pose de la chambre se fait au bloc opératoire lors d'une petite intervention chirurgicale de moins d'une heure. Après la pose, la cicatrisation prend généralement entre 3 et 5 jours, puis le patient peut reprendre ses activités habituelles (douche, sport, port de ceinture, vêtements). Une légère bosse sous la peau peut être visible. Au quotidien, il ne nécessite pas de soins particuliers, simplement une vérification régulière qu'il n'y ait pas d'infection au niveau de la peau.

Une fois les traitements terminés la chambre implantable peut être retirée sous anesthésie locale. L'intervention est rapide et laisse généralement une petite cicatrice discrète.

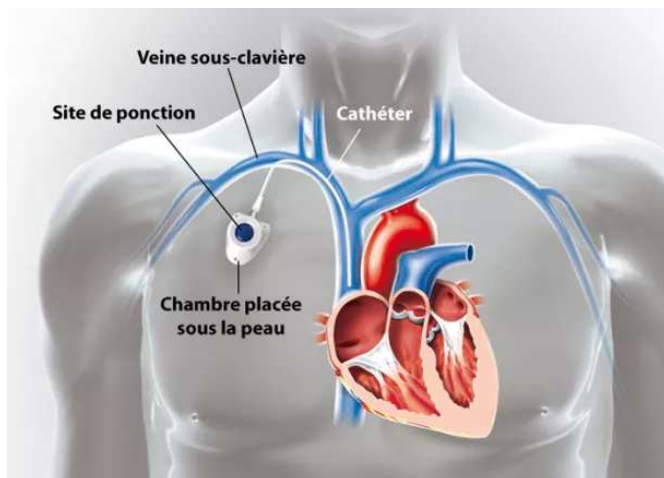


Figure 3 : schéma d'une chambre implantable

En quoi consiste une congélation et conservation du sperme ? Pourrais-je avoir des enfants après mon traitement ?

Les traitements contre le lymphome de Hodgkin peuvent avoir un impact sur la fertilité, parfois temporaire, parfois durable. C'est pourquoi une préservation de la fertilité est systématiquement proposée aux patients en âge de procréer avant de commencer la chimiothérapie. La congélation du sperme est un droit reconnu pour tous les patients dont la fertilité pourrait être altérée par les traitements. Elle s'effectue avant tout traitement afin de préserver la qualité des spermatozoïdes.

Le recueil se réalise dans un centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS). Pour optimiser la qualité du prélèvement, il est recommandé d'éviter toute activité sexuelle durant les 2 à 3 jours précédant la collecte. Après une analyse, les spermatozoïdes sont cryoconservés à très basse température et l'échantillon est conservé pour une durée illimitée, tant que le patient renouvelle son accord. Si nécessaire, un deuxième voire un troisième prélèvement peut être effectué pour obtenir une quantité suffisante d'échantillons.

Cet échantillon ne sera utilisable que par le patient, après signature d'un consentement éclairé et un accord d'autorisation de congélation du sperme avant le prélèvement.

La conservation de spermatozoïdes n'est pas limitée dans le temps. Tant qu'ils restent congelés, ils conservent leur qualité. Les échantillons peuvent être conservés aussi longtemps que nécessaire, soit pour leur utilisation future, soit pour leur destruction, selon le choix du patient. Pour l'utilisation des échantillons, cela peut se réaliser dans le cadre d'une insémination intra-utérine, une FIV (fécondation in vitro) ou une ICSI (injection intracytoplasmique de spermatozoïde) selon la situation du couple.

À l'issue des traitements, un spermogramme permettra de réévaluer la fertilité. Certains hommes récupèrent une fertilité naturelle, d'autres peuvent recourir à leurs échantillons congelés pour un projet parental.

Chez les femmes, la toxicité sur les ovaires dépend du protocole utilisé : la chimiothérapie de type ABVD présente une faible toxicité ovarienne, ainsi la fertilité est souvent conservée. En revanche, le protocole BEACOPP est associé à un risque plus élevé d'infertilité. Il est donc essentiel d'aborder cette question avec la patiente avant le début du traitement.

Plusieurs options peuvent être envisagées :

- Congélation ovocytaire ;
- Congélation embryonnaire ;
- Cryopréservation du cortex ovarien.

Le choix dépend de plusieurs facteurs, notamment l'âge de la patiente, l'estimation de sa réserve ovarienne, le type de chimiothérapie envisagé et sa situation personnelle. De manière générale, tous les patients en âge de procréer doivent être informés des risques d'infertilité liés aux traitements du lymphome de Hodgkin, et une démarche de préservation de la fertilité doit être systématiquement proposée. La congélation du sperme ou des ovocytes est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un traitement pouvant altérer la fertilité.

Après les traitements, une évaluation de la fertilité est proposée, chez l'homme comme chez la femme. De nombreux patients peuvent avoir des enfants naturellement, même après un traitement lourd. Sinon, les techniques d'assistance médicale à la procréation permettent aujourd'hui d'envisager une parentalité malgré les séquelles.

4.5.1.2 Suivi numérique et coordination des soins en oncologie

Le Dossier Médical Partagé (DMP), aujourd'hui intégré à Mon espace santé, constitue un outil numérique essentiel dans la coordination du parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques telles que le lymphome de Hodgkin. Ce service public gratuit et sécurisé permet le stockage, le partage et la consultation d'informations médicales importantes entre les différents professionnels de santé.

Ce dossier peut comprendre les :

- Comptes rendus d'hospitalisation ;
- Protocoles thérapeutiques ;
- Résultats d'examens biologiques et d'imagerie ;
- Ordonnances en cours ;
- Et la messagerie sécurisée pour un échange confidentiel entre les professionnels de santé.

Pour le patient, il est possible de renseigner son profil médical : antécédents, traitements en cours, allergies, contexte personnel et professionnel, il s'agit d'un véritable carnet de santé numérique.

C'est à la fois un outil destiné aux soignants et un support précieux pour les patients. Il est essentiel d'encourager les patients à l'utiliser pour assurer une meilleure continuité des soins, tout en respectant leur liberté de choix, puisqu'ils restent seuls décisionnaires de la conservation ou de la fermeture de leur compte.

Le patient conserve ainsi pleinement le contrôle sur les informations ajoutées à son dossier et choisit ce qui peut y être intégré.

Pour le pharmacien d'officine, cet outil est particulièrement utile dans le cadre du suivi oncologique, cela lui permet de :

- Vérifier la continuité des traitements anticancéreux à la sortie de l'hôpital ;
- Prévenir les interactions médicamenteuses à partir de la liste des traitements en cours ;
- Accéder aux résultats biologiques nécessaires pour une dispensation sécurisée (hémogramme, créatininémie) ;
- Suivre et mettre à jour le statut vaccinal essentiel chez les patients immunodéprimés.

Le pharmacien accède au DMP à l'aide de sa carte de professionnel de santé (CPS), uniquement avec le consentement du patient, lorsqu'il est présent dans l'officine.

Cependant, malgré son potentiel, le DMP est encore insuffisamment utilisé, tant par les patients que par de nombreux professionnels de santé.

En effet, bien que près de 100 % des hôpitaux soient techniquement capables d'alimenter le DMP, son usage reste limité (38). Les principaux freins identifiés sont le manque de temps et la méconnaissance des fonctionnalités. Il est important de sensibiliser les patients à son intérêt dès l'annonce de la maladie, de les accompagner dans son activation, et de leur rappeler qu'ils conservent un contrôle total sur leurs données, dans le respect de leur liberté de choix.

4.5.2 Éducation thérapeutique du patient

4.5.2.1 *Définition*

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une approche globale et continue, visant à intégrer le patient atteint de maladies chroniques dans un parcours de soins personnalisé. Son objectif est de favoriser l'autonomie du patient face à sa maladie, d'encourager son adhésion aux traitements, d'améliorer sa qualité de vie, et de lui transmettre les connaissances et compétences nécessaires pour mieux gérer sa santé. Il s'agit d'une démarche centrée sur le patient, cherchant à renforcer les capacités d'auto-détermination de la personne et son rôle en tant qu'acteur de sa santé (39).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la définition de l'ETP est de « permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. ».

L'ETP s'appuie sur des activités planifiées et du soutien psychosocial permettant de rendre les patients plus conscients, informés et acteurs de leur santé.

Il est important de souligner que l'ETP constitue une approche distincte des simples conseils délivrés en officine. En effet, l'ETP vise à accompagner le patient de manière personnalisée et active dans la gestion de sa maladie. Contrairement aux conseils en pharmacie, qui sont généralement ponctuels et orientés vers des problématiques spécifiques, l'ETP s'inscrit dans un processus plus global, impliquant un suivi régulier et une évaluation des progrès réalisés.

Les objectifs principaux de ces programmes d'ETP sont les suivants :

- Acquisition de compétences en autosoins

Les compétences en autosoins incluent le soulagement des symptômes, l'interprétation des résultats d'autosurveillance ou d'automesure, l'adaptation des posologies de certains médicaments, la réalisation des gestes techniques et des soins, la mise en place de modifications du mode de vie (comme un équilibre diététique et une activité physique), la prévention des complications évitables, ainsi que l'implication de l'entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et de leurs répercussions.

- Développement des compétences d'adaptation chez le patient

La mobilisation et l'acquisition de compétences d'adaptation reposent sur le vécu et l'expérience passée du patient. Elles concernent plusieurs domaines : la connaissance de soi, la confiance en soi, la gestion des émotions et la maîtrise du stress, le développement d'une réflexion critique, des compétences en communication et en relations interpersonnelles, la prise de décision, la résolution de problèmes, la fixation d'objectifs ainsi que l'observance et l'autoévaluation.

4.5.2.2 Éducation thérapeutique du patient : par qui ?

Dans un premier temps, tous les professionnels de santé ont la responsabilité d'informer les patients de la possibilité de bénéficier d'un programme d'ETP.

Les professionnels de santé concernés par cette mission sont ceux définis par le Code de la santé publique, à savoir : médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers.

La mise en œuvre des programmes d'ETP peut être assurée par tout professionnel de santé formé spécifiquement, dans le cadre d'une formation certifiée de 40 heures. Cette formation permet d'acquérir les compétences pédagogiques, relationnelles et organisationnelles nécessaires pour mener des actions d'ETP (40).

Un programme peut être dispensé par un professionnel de santé seul ou au sein d'une équipe multidisciplinaire, lorsqu'une approche collective est indiquée.

Dans certains cas, l'intervention de patients experts dans des séances collectives peut compléter l'action des professionnels de santé, en favorisant le partage d'expériences, le relais de messages délivrés par les professionnels de santé et un échange sur les préoccupations quotidiennes, la résolution de problèmes et les ressources disponibles.

Pour compléter l'équipe, d'autres professionnels peuvent intervenir en apportant une contribution directe à la démarche éducative (comme un psychologue, un éducateur en activité physique adaptée, un pédagogue de la santé). L'intervention de tout professionnel est pertinente dès lors qu'elle s'inscrit dans une démarche centrée sur le patient.

Le rôle du pharmacien est pertinent dans le cadre de l'ETP. En tant que professionnel de santé de première ligne, il contribue activement à l'éducation pour la santé, à la prévention, au dépistage, et à l'accompagnement des patients dans la gestion de leurs pathologies chroniques. Le pharmacien joue un rôle clé dans la transmission d'informations sur les traitements, les effets indésirables potentiels et les bonnes pratiques liées à la médication. Il aide également à la compréhension du plan thérapeutique.

En dehors de ces programmes, le pharmacien assure un accompagnement continu, lors des interactions au comptoir ou dans le cadre d'entretiens pharmaceutiques. Ces échanges permettent de rappeler aux patients les points clés abordés lors des séances, répondre aux questions, vérifier la compréhension des informations et ajuster les conseils en fonction de l'évolution du patient.

Enfin, le pharmacien peut participer à l'évaluation et à l'ajustement de ces programmes d'ETP en fonction des retours et progrès du patient.

Lors des séances d'ETP, les professionnels de santé endossent le rôle d'éducateurs. Il ne s'agit pas d'enseigner leur métier, mais d'aider les patients à mieux vivre avec leur pathologie, en favorisant leur autonomie, leur confiance et leur qualité de vie.

4.5.2.3 Éducation thérapeutique du patient : pour qui ?

L'ETP s'adresse à tous les patients, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adolescent ou d'un adulte, atteint d'une maladie chronique susceptible d'évoluer avec le temps. Selon la pathologie et les besoins du patient, elle peut également impliquer l'entourage, lorsque cela est pertinent pour le soutien du patient. L'ETP fait partie intégrante de la prise en charge thérapeutique. Elle est complémentaire aux traitements médicamenteux, aux

soins et à la prévention des complications. Elle prend en compte les besoins individuels ainsi que les vulnérabilités psychologiques, sociales ou cognitives du patient.

Dès l'annonce du diagnostic, l'ETP peut être proposée pour favoriser l'implication du patient dans les décisions le concernant et dans la gestion de sa pathologie.

C'est un processus personnalisé, ajusté aux besoins, aux capacités et aux attentes de chaque individu.

Il est essentiel de proposer l'ETP le plus tôt possible dans le parcours de soins, afin de renforcer l'observance thérapeutique, bien qu'il soit possible d'y inclure le patient à tout moment du parcours thérapeutique.

Une inclusion à mi-parcours permet de redéfinir les objectifs, d'ajuster le programme à l'expérience vécue ou encore de relancer une dynamique d'apprentissage.

L'ETP ne doit exclure aucun patient. Les difficultés d'apprentissage (tels que les troubles cognitifs, sensoriels, la barrière linguistique, la dyslexie), le niveau socio-économique ou encore le niveau culturel ne doivent jamais constituer des critères de sélection pour l'ETP.

En revanche, ces éléments doivent être pris en compte, afin d'adapter les programmes, les supports pédagogiques, les modalités d'accompagnement et de garantir une accessibilité réelle du programme.

Enfin, chaque programme d'ETP est mis en place avec le consentement préalable du patient, obtenu lors de son inscription au programme. Le patient a également la possibilité de se retirer du programme à tout moment, sans justification, dans le respect de ses droits et de son autonomie.

4.5.2.4 Éducation thérapeutique du patient : comment ?

Les programmes d'ETP sont spécifiquement conçus pour s'adapter aux besoins du patient, à sa pathologie et à ses capacités d'apprentissage. Ils couvrent une large gamme de thématiques éducatives.

Pour accéder à l'ensemble des programmes d'ETP disponibles, ceux-ci sont désormais répertoriés sur l'annuaire Santé.fr, un service public d'information en santé accessible à tous. Cet outil permet de localiser facilement les programmes existants en France (41).

Ces programmes sont classés par thématiques, telles que : troubles respiratoires, pathologies cardiovasculaires, obésité et surpoids, sclérose en plaques, Parkinson, Alzheimer, santé mentale, cancer, diabète, etc.

Ces programmes doivent être validés par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) et se conformer au cahier des charges national. Ce dernier précise les modalités de mise en œuvre :

- Coordination du programme par un professionnel de santé ;
- Constitution d'une équipe pluridisciplinaire composée d'au moins deux professionnels de santé ;

- Obligation pour tous les intervenants d'avoir suivi une formation spécifique ;
- Définition des objectifs pédagogiques, des modalités d'évaluation, de la population cible et des pathologies concernées.

Comme mentionné précédemment, l'ETP doit être ajustée en fonction des besoins éducatifs spécifiques du patient, tant en termes de moyens utilisés que de durée des sessions. Cette approche suit une démarche en trois étapes :

- Une séance individuelle d'élaboration du diagnostic éducatif ;
- Des séances d'apprentissage collectives ou individuelles centrées sur l'acquisition de compétences ;
- Une séance d'évaluation des compétences acquises, portant sur les changements apportés par le patient dans sa vie quotidienne, l'intégration des nouvelles habitudes et l'évolution du programme individualisé.

Lors des séances, diverses approches sont mobilisées pour favoriser l'apprentissage et l'implication active du patient :

- Techniques de communication : écoute active, entretien motivationnel, transmission d'informations adaptées au patient ;
- Techniques pédagogiques : tables rondes, travaux pratiques, simulations de gestes techniques, activités physiques, jeux de rôle ;
Outils pédagogiques : affiches, vidéos, brochures informatives, supports numériques, carnet de suivi.

En fonction des besoins du patient mais également des ressources locales disponibles (professionnels de santé et accessibilité géographique), les séances d'ETP peuvent être organisées de manière individuelle ou collective.

L'objectif de l'ETP est de favoriser l'adoption de comportements adaptés, permettant au patient de mieux vivre avec sa maladie, de devenir acteur de sa santé et de gagner en autonomie.

4.5.2.5 Éducation thérapeutique du patient : comment présenter et proposer une offre d'ETP ?

Pour proposer une offre d'éducation thérapeutique aux patients, il est essentiel d'adopter une approche pédagogique, bienveillante et individualisée. Il convient premièrement d'expliquer clairement les objectifs et les bénéfices de l'ETP, en les adaptant à sa situation, sa maladie, ses besoins et ses capacités. Il est également important de lui mentionner les éventuelles contraintes, telles que la disponibilité, le temps requis et les déplacements.

L'utilisation d'exemples concrets sur le déroulement des séances (contenu, fréquence, durée) permet de rendre le projet plus accessible pour le patient. Il est aussi recommandé d'informer sur la proximité géographique des structures proposant un programme d'ETP.

Un support écrit remis au patient viendra compléter les informations orales, offrant ainsi au patient une base sur laquelle il pourra se référer et prendre une décision libre et éclairée, qu'il accepte ou refuse l'intégration au programme.

Lors de l'annonce du diagnostic de lymphome de Hodgkin, le patient peut faire face à un bouleversement, susceptible de perturber son quotidien et ses priorités. L'ETP joue un rôle clé en transmettant des connaissances claires et rassurantes, pour aider le patient à prendre conscience de sa maladie et réduire l'anxiété générée par ce changement.

Au cours du traitement, les nombreux effets secondaires peuvent altérer la qualité de vie et mettre la santé du patient en danger. L'ETP permet au patient d'acquérir des compétences concrètes pour reconnaître les symptômes graves nécessitant une prise en charge urgente.

Ainsi, plusieurs points peuvent être abordés durant les séances d'ETP :

- La compréhension de la maladie, des traitements et de leurs effets indésirables, permettant au patient de mieux appréhender son état et les impacts de la thérapie.
- L'amélioration de l'observance thérapeutique en insistant sur la régularité des examens de suivi, et le respect des règles hygiéno-diététiques.
- L'implication de l'entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et de leurs conséquences sur la vie quotidienne du patient.

4.5.2.6 Étapes de l'éducation thérapeutique du patient

L'ETP est un processus structuré qui s'inscrit généralement dans la durée, souvent sur plusieurs semaines ou mois, en fonction des besoins du patient et de l'organisation locale.

4.5.2.6.1 Diagnostic éducatif du patient

Le programme débute par un diagnostic éducatif, réalisé par un professionnel de santé lors d'une séance individuelle. Ce temps d'échange permet à l'éducateur de faire connaissance avec le patient, d'identifier ses besoins et attentes spécifiques et de planifier les différentes séances à venir.

L'éducateur évalue :

- Les connaissances et croyances du patient sur sa maladie ;
- Ses comportements de santé ;
- Son positionnement psychologique face à la pathologie ;
- La réceptivité de son entourage.

L'entretien doit être mené à l'aide de questions claires, ouvertes et bienveillantes, pour favoriser l'expression libre du patient. Chaque patient réagit de manière unique face à

la maladie. Le diagnostic éducatif constitue un socle du programme personnalisé, il permet d'initier une relation de confiance.

4.5.2.6.2 Bilan éducatif et programme personnalisé

A l'issue du diagnostic éducatif, le professionnel de santé et le patient travaillent ensemble pour définir les compétences à acquérir. Cette étape aboutit à l'élaboration d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique. Les objectifs pédagogiques doivent être clairs, réalistes et atteignables. Adaptés aux capacités du patient, ils sont définis en concertation afin de soutenir la motivation et l'adhésion du patient.

Selon les situations et individus, les compétences à développer peuvent être nombreuses et variées, parmi lesquelles :

- Comprendre son corps, sa maladie et sa physiopathologie ;
- Repérer les signes d'alerte ;
- Réaliser des gestes d'autosurveillance (mesurer la glycémie, la tension artérielle) ;
- Aménager son environnement, ses habitudes de vie.

Toutes les informations échangées lors des entretiens avec le patient sont synthétisées dans son dossier, auquel il peut accéder à tout moment. Ce dossier constitue un outil essentiel, offrant une trace des décisions prises, des compétences acquises ainsi que des actions réalisées par les professionnels de santé impliqués dans son suivi. Il permet également d'assurer la continuité et la cohérence des séances.

4.5.2.6.3 Mise en place des ateliers d'éducation thérapeutique du patient

Une fois les objectifs éducatifs établis, le programme peut être mis en place. L'éducateur prépare un planning adapté au patient, qui participera à plusieurs séances organisées autour de différentes thématiques.

Bien que le contenu des programmes varie en fonction des pathologies, quatre grandes compétences sont généralement travaillées au cours des ateliers :

- Le savoir : cette compétence permet de rééquilibrer la relation entre le soignant et le patient. En effet, le manque de compréhension du patient concernant sa maladie et ses traitements peut entraîner une démotivation rapide. L'objectif ici est de cibler les connaissances essentielles permettant au patient une meilleure compréhension de sa maladie, des traitements et de la physiopathologie.
- Le savoir-faire : Le patient sera confronté à des mises en pratique, similaires aux situations qu'il peut rencontrer au quotidien en lien avec sa maladie. Cela lui permettra d'identifier les enjeux, d'analyser la situation et de prendre des décisions appropriées.

- Le savoir-être : Cette partie du programme se concentre sur l'ajustement du comportement émotionnel du patient face à la maladie. Elle vise à renforcer sa résilience et sa gestion émotionnelle.
- Le savoir-devenir : L'objectif ici est d'apprendre au patient à vivre activement avec ses symptômes et sa maladie, sans subir la situation. Il s'agit de favoriser l'autonomie du patient dans la gestion de son quotidien.

4.5.2.6.4 Évaluation des compétences acquises par le patient

L'évaluation des compétences acquises par le patient ne constitue pas un jugement de la part de l'éducateur. Elle s'inscrit dans une démarche informative et formative, dont l'objectif est d'analyser les acquis, les points à approfondir et le ressenti du patient. Cette évaluation permet aussi de mettre à jour le diagnostic initial du programme. En effet, au fil du temps, l'évolution de la maladie, des traitements et des priorités du patient peuvent évoluer.

L'évaluation individuelle de l'éducation thérapeutique, prend en compte le point de vue du patient sur le déroulement, le contenu et l'organisation des séances.

Le point de vue du patient est au cœur de cette évaluation : son retour est précieux pour réajuster le contenu ou même la méthode pédagogique pour la suite de son accompagnement.

4.5.2.6.5 Exemple d'un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint d'un cancer : programme HOPE

1. Objectif du programme

Ce programme d'ETP s'adresse aux personnes atteintes d'un cancer, en particulier celles suivant une chimiothérapie. Il vise à améliorer leur qualité de vie, renforcer leur autonomie, prévenir les complications liées au traitement, reconnaître les situations critiques et acquérir les connaissances et compétences nécessaires pour assurer une bonne observance thérapeutique.

Ce programme repose sur le développement des 4 grandes compétences clés de l'ETP :

Développement du savoir-être :

- Améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer sous chimiothérapie ;
- Améliorer l'observance des traitements médicamenteux ;
- Prévenir les complications liées au traitement.

Développement du savoir-faire :

- Compétence en gestion de la sécurité : savoir réagir face à des situations d'urgence ;
- Compétence en autosoins ;
- Compétence d'adaptation aux changements induits par la maladie.

Développement du savoir :

- Connaissance de la pathologie, des traitements et des résultats attendus ;
- Connaissance des effets indésirables susceptibles de survenir au domicile.

Développement du savoir-devenir :

- Élaborer un projet de vie ;
- Apprendre à exprimer de nouveaux besoins en fonction de l'évolution de la situation.

2. Description du programme

Ce programme HOPE (Hématologie-Oncologie Patient Éducation) d'ETP s'adresse aux patients de plus de 18 ans, atteints d'un cancer et actuellement traités par chimiothérapie en ambulatoire.

Il débute par le diagnostic éducatif individuel d'une durée de 45 minutes, réalisé par un pharmacien ou un médecin, à l'aide d'une grille d'entretien structurée.

Un bilan éducatif est ensuite effectué afin d'orienter le patient vers au moins un atelier obligatoire et un atelier complémentaire, choisis en fonction des priorités d'apprentissage identifiées.

Le programme se déroule sur une période de trois mois et regroupe entre 5 et 10 patients maximum, alternant des séances collectives et des séances individuelles.

Exemple d'atelier collectif animé par un pharmacien :

Cet atelier abordera la thématique de la santé et des traitements (42). Le pharmacien y partage ses connaissances sur les médicaments utilisés en oncologie et leur gestion au quotidien. L'objectif principal de cette séance est de permettre aux patients d'exprimer les difficultés rencontrées avec leurs traitements et la gestion des effets secondaires. Les participants ont l'occasion de partager leurs expériences, leurs ressentis et les conseils reçus de la part des professionnels de santé, tant à l'hôpital qu'en ville.

À l'issue de cet échange, un temps d'apprentissage est consacré aux médicaments prescrits pour gérer les effets indésirables : indication, posologie, précautions d'emplois, signes d'alerte et justification d'une consultation médicale.

L'atelier aborde également l'importance de l'observance thérapeutique, avec des conseils pratiques pour l'améliorer et garantir une gestion optimale du traitement.

4.5.2.7 Importance de l'éducation thérapeutique du patient

L'ETP représente un atout supplémentaire dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Elle ne se limite pas à la transmission de connaissances sur la maladie ou les traitements, elle vise à redonner au patient un pouvoir d'agir sur sa santé et d'améliorer durablement sa qualité de vie. Les patients ne se contentent plus de survivre au cancer : ils apprennent à vivre avec, pleinement.

Pourtant, de nombreux patients ignorent l'existence de ces programmes d'ETP. Le pharmacien d'officine, en tant que professionnel de santé de proximité, régulièrement sollicité par les patients, occupe une place importante pour diffuser l'information, encourager la participation et orienter vers les structures proposant de l'ETP. C'est une démarche qui fait partie intégrante du rôle de pharmacien.

4.5.3 Soins oncologiques de supports

Les soins oncologiques de support désignent « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements, oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a. » (43). Ces soins visent à prévenir ou atténuer les effets secondaires des traitements, améliorer la qualité de vie et prendre en compte les dimensions physiques, psychologiques et sociales du patient. Ils concernent également l'entourage et les aidants. Ils sont proposés dès l'annonce du diagnostic, puis tout au long du parcours de soins, jusqu'à la fin de vie si nécessaire.

L'identification de ces besoins en soins de support s'inscrit dans le programme personnalisé de soins (PPS). Celui-ci repose sur une évaluation systématique dès le diagnostic, puis sur une réévaluation régulière pendant et après les traitements.

Neuf soins de support sont considérés comme indispensables. Ils sont remboursés (en totalité ou en partie) par l'Assurance Maladie et doivent être systématiquement proposés aux patients :

- Les soins « socles » :
 - Prise en charge de la douleur : quelles que soient la cause et l'intensité, elle ne doit pas être minimisée. Deux méthodes sont reconnues pour compléter les thérapeutiques d'analgésie classiques : l'hypnoanalgésie et l'antalgie intrathécale (pompe implantable au plus près de la moelle épinière afin de contrôler la douleur). Il existe des structures spécialisées dans les douleurs chroniques.
 - Prise en charge **diététique et nutritionnelle** : L'alimentation fait partie intégrante des soins. Le médecin évalue l'état nutritionnel des patients afin de

leur proposer un régime adapté, en collaboration avec un diététicien et/ou un nutritionniste.

- Prise en charge **psychologique** ;
- Prise en charge **sociale, familiale et professionnelle** ;
- Les soins de support complémentaires :
 - L'**activité physique** ;
 - Préservation de la **fertilité** ;
 - Prise en charge des **troubles de la sexualité** ;
 - Conseils **d'hygiène de vie** ;
 - Le **soutien psychologique** des proches et des aidants.

L'évaluation s'appuie sur des grilles permettant d'identifier les besoins en soins de support à deux niveaux (44) :

- Grille de repérage de premier niveau : auto-questionnaire remis au patient. Le questionnaire peut être remis en consultation ou par envoi postal à la structure qui prend en charge le patient (annexe 1).
- Questions de repérage de second niveau : après analyse de l'auto-questionnaire, un professionnel de santé approfondira ces questions pour renforcer l'évaluation (sujets abordés : nutrition, psychologie, douleur, habitudes de vie, onco-sexualité). Cela permet d'orienter directement vers un professionnel de soins de support ou alors d'apporter simplement une information spécifique ou un conseil (annexe 2).

Ces questions doivent être systématiquement posées s'il y a des réponses positives à la grille de repérage de premier niveau.

L'utilisation de ces grilles permet de repérer, anticiper, identifier les points de vigilance afin d'éviter une perte de chance pour le patient.

Ces soins peuvent être réalisés à l'hôpital mais aussi en ville par le médecin traitant, le pharmacien ou encore l'infirmier libéral. Ces derniers doivent interagir avec des structures de coordination (exemples : communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)).

4.5.4 Associations de patients

En plus de l'accompagnement médical, les patients atteints d'un cancer, comme le lymphome de Hodgkin, peuvent ressentir un sentiment d'isolement. Malgré le soutien de leurs proches, ces derniers peuvent être absorbés par leurs obligations personnelles et professionnelles, laissant parfois le patient face à une solitude.

Les associations de patients peuvent alors jouer un rôle précieux dans l'accompagnement de ces patients. Elles permettent de rencontrer d'autres personnes vivants ou ayant vécu la même maladie, favorisent le partage d'expérience, la compréhension mutuelle et le soutien moral. Ces échanges aident à briser l'isolement et renforcent l'estime de soi.

Les associations permettent un accès à des informations fiables sur la maladie, les traitements, les effets secondaires et les ressources disponibles. Certaines accompagnent également les patients dans leurs démarches administratives, sociales ou professionnelles (reconnaissance en invalidité, aides financières, aménagement de poste de travail...).

C'est aussi un lieu de bien-être où les patients peuvent se réfugier, faire des activités, gérer les effets secondaires (sophrologie, yoga, ateliers créatifs...).

Ces lieux offrent un espace d'écoute bienveillant, et permettent de vivre un moment hors du cadre médical.

Plusieurs associations peuvent être citées :

- L'Association France Lymphome Espoir nommée aussi ELLyE (Ensemble Leucémies Lymphomes Espoir). C'est un organisme national avec des coordinateurs régionaux, spécialisé dans les lymphomes. Ses préoccupations sont l'information, l'accompagnement, la recherche et l'action auprès du patient. Elle est constituée de professionnels, de bénévoles et d'un conseil scientifique reconnu dans le milieu des hémopathies malignes. C'est une association très investie notamment par sa permanence téléphonique chaque mardi et jeudi de 10h à 17h permettant de répondre très rapidement aux besoins des patients.
- Le site Lymphosite (45) : site gratuit et dédié aux patients atteints d'un lymphome. Il s'agit d'une collaboration entre ELLyE, LYSA (réseau français indépendant de recherche sur les lymphomes) et FILO (réseau français indépendant de recherche sur les leucémies lymphoïdes chroniques). Il explique, sous forme de vidéos claires, toutes les étapes du diagnostic au traitement de la maladie. On peut aussi y trouver des interviews et des témoignages de patients.
- La Ligue nationale contre le cancer : association française engagée dans la prévention et la promotion du dépistage des cancers tout en apportant un soutien aux personnes malades et à leurs proches. Elle se distingue par son approche globale, non centrée sur une seule pathologie, offrant ainsi aux patients l'opportunité d'échanger avec des personnes non malades ou atteintes

de diverses maladies, ce qui peut les aider à ne pas se focaliser constamment sur leur propre pathologie.

- L'Association Laurette Fugain œuvre pour apporter du soutien et du réconfort aux malades. Elle organise des sorties pour les patients et leurs familles offrant un soutien psychologique et une facilité d'accès au parcours de soins. Elle met également à l'honneur les dons de vie (sang, plaquettes, plasma, moelle osseuse) et cherche à éveiller les consciences.

Chaque patient peut ainsi trouver une association correspondant à ses attentes, sans être réduit à son diagnostic. Ces structures offrent un soutien humain, véritable complément à la prise en charge médicale.

4.5.5 Règles hygiéno-diététiques

4.5.5.1 *Arrêt du tabac*

Dès le diagnostic d'un lymphome de Hodgkin, voire dès l'apparition des premiers symptômes évocateurs, la question de l'arrêt du tabac doit être au centre des conseils délivrés à l'officine.

Le tabac est issu des plantes *Nicotiana tabacum* et *nicotiana rustica*. Il contient de la nicotine, une substance psychoactive agissant au niveau du cerveau en stimulant la libération de dopamine, hormone qui accroît le sentiment de plaisir et renforce le phénomène de dépendance. En plus de la nicotine, la fumée de tabac contient environ 7 000 substances chimiques, dont 70 sont reconnues comme cancérogènes, telles que le benzène, l'arsenic, le chrome et les goudrons.

Les effets nocifs du tabac varient selon plusieurs facteurs : la quantité et la fréquence de consommation, la durée de celle-ci, l'âge de début de consommation, les troubles médicaux éventuels, ainsi que la consommation concomitante d'alcool, de drogues ou de médicaments.

La consommation de tabac peut provoquer de nombreuses pathologies notamment des cancers (poumons, voies aérodigestives supérieures, vessie), des maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, hypertension artérielle) et des maladies respiratoires (bronchopneumopathie obstructive, asthme, infection des voies respiratoires).

De plus, le tabac a un impact non négligeable sur la qualité de vie : il diminue les capacités respiratoires et cardiaques à l'effort, car le corps est moins bien oxygéné ce qui rend les muscles moins performants (46).

Souvent, les patients ne prennent pas conscience des dommages causés par le tabac, car ces effets sont invisibles sur le court terme. Toutefois, certains signes peuvent alerter le patient : mauvaise haleine, jaunissement des dents, baisse de l'odorat et du

goût. Le tabac étant la première cause de mortalité évitable en France, l'arrêt du tabac devrait être systématiquement proposé à tout patient, en particulier en contexte oncologique.

Pour un patient atteint d'un cancer, il est primordial d'arrêter de fumer. En effet, bien que la chimiothérapie permette de guérir du lymphome de Hodgkin, elle entraîne des effets secondaires graves, notamment une cardiotoxicité et une toxicité pulmonaire pouvant être aggravée par le tabac. La radiothérapie, quant à elle, peut diminuer la capacité respiratoire.

Arrêter de fumer réduit donc les risques de complications à court et long terme (réduction de l'efficacité des traitements, augmentation de la toxicité, risque accru de récurrence et de second cancer...) (47). Dès les premiers jours du sevrage, les bienfaits se font ressentir : élimination complète du monoxyde de carbone après 24h sans tabac permettant une meilleure oxygénation de l'organisme, amélioration du goût et de l'odorat, diminution de la toux après quelques mois d'arrêt, amélioration de la concentration, meilleure gestion du stress.

Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer : arrêter de fumer à 40 ans permet d'améliorer l'espérance de vie de 7 ans, et à 50 ans, de 4 ans.

Arrêter de fumer présente des bénéfices immédiats pour la santé, qui s'intensifient avec le temps. Ces bénéfices incluent une meilleure santé cardiovasculaire, une meilleure résistance aux maladies respiratoires, ainsi qu'une diminution des effets indésirables des traitements du lymphome de Hodgkin tels que les mucites ou les aphtes.

Tous les professionnels de santé doivent s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac. Le pharmacien peut initier un accompagnement structuré à l'officine. Pour cela, il est essentiel de connaître les différentes options de prise en charge. La première étape consiste à interroger le patient sur sa consommation, puis à évaluer sa dépendance à l'aide du test de Fagerstrom, qui est rapide et facilement réalisable en officine. En fonction des réponses, un score est attribué permettant de connaître le niveau de dépendance (Annexe 3).

Il est également important de se renseigner sur les co-consommations d'autres substances psychoactives (alcool, cannabis, opiacés). Après avoir évalué la dépendance, chaque professionnel de santé doit conseiller au patient d'arrêter de fumer en adoptant une posture bienveillante et sans jugement. Il est essentiel de fournir toutes les informations nécessaires afin que le patient puisse débiter immédiatement son projet d'arrêt du tabac.

Plusieurs solutions sont disponibles pour accompagner le patient :

- Des traitements nicotiniques de substitution disponible en pharmacie sans ordonnance et remboursés par la Sécurité Sociale lorsqu'ils sont prescrits.
- Soutien psychologique : la thérapie cognitivo-comportementale, menée par un professionnel qualifié, peut aider le patient à maintenir sa motivation.
- Entourage : l'arrêt du tabac demande du temps, de la motivation et de l'énergie. Le patient doit être entouré de personnes non fumeuses qui l'encouragent dans sa démarche. Des groupes de parole sont également disponibles pour échanger et recevoir du soutien.
- Groupes d'aide à l'arrêt du tabac : organisés par la Ligue contre le cancer et animés par des spécialistes en addiction (tabacologues, diététiciens, sophrologues), ces séances sont gratuites et ouvertes à tous.
- Soutien téléphonique : le numéro 3989 est une ligne téléphonique permettant d'obtenir des réponses à toutes les questions concernant l'arrêt du tabac. Un tabacologue peut orienter le patient vers d'autres professionnels ou associations.
- Application Tabac info service : elle propose plusieurs méthodes de sevrage et un accompagnement quotidien, avec la possibilité d'y enregistrer ses habitudes, ses inquiétudes et ses objectifs pour un suivi personnalisé (48).
- Motivation du patient : si le patient est motivé, il peut être dirigé vers un site internet offrant des outils d'autosupport et un accompagnement personnalisé.
- Le sevrage tabagique est un point important qui fait partie intégrante de l'éducation thérapeutique en oncologie.

Le pharmacien joue un rôle central dans la prévention, l'accompagnement au sevrage tabagique chez les patients atteints de lymphome de Hodgkin.

4.5.5.2 Alimentation

À l'officine, le conseil fait partie intégrante de la pratique professionnelle. Quelle que soit la pathologie, une bonne hygiène de vie contribue à améliorer significativement la qualité de vie des patients, en particulier ceux atteints de pathologies chroniques (49). Chez un patient sous chimiothérapie, ces recommandations prennent encore plus de sens. Ces traitements, lourds et délétères pour l'organisme, affaiblissent le patient. Adopter une hygiène de vie saine, notamment sur le plan alimentaire, permet non seulement de soutenir l'organisme dans sa lutte contre les effets indésirables, mais aussi d'éviter la dénutrition et de limiter la perte de poids fréquente durant la chimiothérapie.

Les patients sous traitement rencontrent souvent les mêmes difficultés : altération du goût, troubles digestifs, perte d'appétit, nausées ou vomissements rendant l'alimentation difficile. Il est donc important d'identifier rapidement ces problématiques afin d'adapter les apports alimentaires et garantir une nutrition suffisante et adaptée.

Par ailleurs, un patient sous chimiothérapie présente un état d'immunodépression, ce qui nécessite une attention particulière à la qualité des aliments consommés et à leur mode de cuisson. En effet, avec un système immunitaire affaibli, l'organisme devient plus vulnérable aux infections, notamment celles d'origine alimentaire. Une vigilance accrue est donc essentielle pour limiter les risques sanitaires liés à l'alimentation.

4.5.5.2.1 Directives de base à suivre

Avant d'aborder la notion d'alimentation variée et équilibrée, il est essentiel qu'un patient sous chimiothérapie, notamment en cas de neutropénie et donc d'immunodépression, connaisse certaines règles d'hygiène alimentaire visant à limiter les risques d'infections. En effet, un système immunitaire affaibli a plus de difficultés à combattre les germes notamment ceux d'origine alimentaire comme *Listeria monocytogenes*, *Salmonella* ou *Escherichia coli*.

Les principales précautions à adopter sont les suivantes :

- Cuisson des protéines animales : la viande, le poisson, les œufs ne doivent jamais être consommés crus ou insuffisamment cuits. Ils doivent être bien cuits à cœur. Par exemple, un œuf ne doit pas être consommé au plat avec le jaune coulant ; il doit être entièrement cuit.
- Éviter les préparations à base d'œufs crus : les aliments comme la mousse au chocolat maison, la mayonnaise maison ou certaines pâtes à gâteaux crues doivent être évités, car ils peuvent contenir des œufs crus.
- Privilégier les produits pasteurisés : il est recommandé d'éviter les boissons ou produits laitiers non pasteurisés comme certains jus de fruits, laits ou yaourts. De même, les fromages à pâte molle élaborés à partir de lait cru (camembert, brie, feta...) doivent être remplacés par des versions pasteurisées. Il est important de vérifier l'étiquette du produit pour s'en assurer.

La pasteurisation est un procédé consistant à chauffer un liquide puis le refroidir rapidement, afin de détruire la majorité des germes pathogènes qu'il pourrait contenir.

- Manger à l'extérieur avec prudence : les bars et buffets en libre-service doivent être évités, car ils présentent un risque plus élevé de contamination, notamment pour les patients fragilisés.
- Hygiène des fruits et légumes : tous les fruits et légumes frais doivent être soigneusement lavés avant consommation. Pour plus de sécurité, il est recommandé de les éplucher.
- Veiller à respecter la chaîne du froid : les aliments doivent être conservés à température adaptée et les produits périmés ou ayant subi une rupture de la chaîne du froid doivent être jetés.

4.5.5.2.2 Alimentation variée et équilibrée

Une alimentation équilibrée se définit par un apport énergétique ni insuffisant, ni excessif, répondant aux besoins spécifiques de l'organisme. Elle repose sur des repères simples mais essentiels à mettre en place au quotidien :

- Prendre au moins trois repas par jour, sans sauter de repas ;
- Varier les aliments pour éviter les carences et bénéficier de tous les apports nutritionnels essentiels ;
- Intégrer les fruits et légumes à chaque repas ;
- Maintenir un poids stable ;
- Limiter la consommation d'alcool ;
- Manger lentement et compter au minimum 20 minutes par repas ;
- Réduire les aliments trop gras, trop sucrés ou trop salés ;
- Boire suffisamment d'eau tout au long de la journée.

Un repas équilibré doit comprendre les éléments nutritionnels suivants :

- Protéines : indispensables au renouvellement des cellules et tissus. Elles se trouvent dans la viande, le poisson, les œufs, les produits laitiers, les fromages, mais aussi dans certains légumes secs et céréales complètes.
- Glucides : principales sources d'énergie pour l'organisme. On les retrouve dans les féculents (pain, riz, pommes de terre, céréales).
- Lipides : ils jouent un rôle dans le stockage d'énergie et sont essentiels à la structure des membranes cellulaires. On peut citer l'huile d'olive, de noix, les avocats.
- Fibres : présentes dans les fruits, légumes, céréales complètes et légumineuses. Elles favorisent la digestion, la satiété et préviennent la constipation.
- Eau : élément vital, l'organisme est composé à environ 60 % d'eau. Une hydratation suffisante est indispensable au bon fonctionnement des organes.

En complément de ces principes de base, certaines recommandations nutritionnelles permettent d'optimiser l'équilibre alimentaire au quotidien. Ces recommandations sont retrouvées dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS), comme l'intégration des produits laitiers (deux par jour), de féculents à chaque repas, cinq portions de fruits et légumes par jour et de sources variées de protéines (préférer la volaille). Les matières grasses doivent être présentes à chaque repas en petites quantités et en privilégiant les matières grasses végétales (50).

4.5.5.2.3 Alimentation et prévention de la dénutrition

Pour enrichir et augmenter la valeur énergétique de l'alimentation, il est essentiel de connaître les différentes sources d'énergie. Un apport en graisses et en sucres suffisant permet à l'organisme de ne pas puiser dans ses réserves. Il faut

généralement augmenter l'apport alimentaire pour un patient sous chimiothérapie, surtout s'il rencontre des difficultés à s'alimenter. Il est important d'apprendre au patient quels aliments lui permettent d'augmenter ses apports énergétiques.

Des matières grasses telles que le beurre, la crème et l'huile peuvent être ajoutées aux plats (purée, sauces, potages) pour apporter une source supplémentaire de matières grasses. L'ajout de béchamel aux gratins est également bénéfique, tout comme l'évitement des produits allégés. Incorporer des œufs dans les recettes ou ajouter du fromage peut également augmenter l'apport énergétique. Ces conseils permettent d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.

Si ces apports supplémentaires en matières grasses ne suffisent pas à compenser une légère dénutrition, des compléments nutritionnels oraux (CNO) contenant entre 15 à 30g de protéines sont disponibles en officine. Les CNO sont des mélanges hyperénergétiques et / ou hyperprotidiques aux goûts et textures variés. L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal par jour et/ou 30 g de protéines par jour. Ces compléments ne remplacent pas un repas, mais s'y ajoutent. Il est recommandé de les consommer à distance des repas pour ne pas diminuer l'appétit, par exemple le soir au coucher ou entre les repas, avec un intervalle d'au moins 1h30 entre chaque prise. Les CNO peuvent être consommés tels quels (froids ou tièdes) ou ajoutés à des recettes pour enrichir leur valeur nutritionnelle.

Ces produits existent sous diverses formes : boissons lactées, crèmes dessert, boissons fruitées, gâteaux secs et veloutés salés. Une variété de saveurs est disponible pour diversifier les goûts et éviter la monotonie. Les CNO sont destinés aux adultes ayant une fonction intestinale normale et présentant une dénutrition. On parle de dénutrition si :

- Pour un patient de moins de 70 ans, il y a une perte de plus de 5% du poids corporel en 1 mois ou plus de 10% en 6 mois, ou un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m².
- Pour un patient de plus de 70 ans, il y a une perte de plus de 5% du poids corporel en 1 mois ou plus de 10% en 6 mois, un IMC inférieur à 21 kg/m², ou une albuminémie inférieure à 36g/L.

La perte de poids doit être prise en charge et suivie par l'équipe d'hématologie ou le médecin généraliste du patient. Les CNO peuvent être prescrits sur ordonnance et sont remboursés par l'Assurance maladie. La prise en charge de la dénutrition implique un suivi régulier du poids, de l'IMC ainsi qu'un bilan biologique permettant d'exclure d'autres causes possibles. La nutrition constitue un soin de support à part entière, intégré au parcours de soins global des patients atteints de cancer.

4.5.5.3 *Activité physique adaptée*

4.5.5.3.1 *Activité physique chez les patients atteints de cancer : un pilier complémentaire aux traitements*

L'activité physique regroupe tous les mouvements corporels produisant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à celle du repos. Elle ne se limite pas à la seule pratique sportive : elle peut s'exercer dans différents contextes du quotidien comme les déplacements (vélo, marche), les tâches domestiques (bricolage, ménage), les loisirs (randonnée) ou encore dans le cadre professionnel.

Elle est bénéfique pour toute personne, quel que soit leur âge, présentant ou non une pathologie. L'activité physique doit faire partie du quotidien. En effet plusieurs analyses ont montré que l'activité physique pendant un traitement anticancéreux réduit la fatigue liée au cancer, améliore la qualité de vie, diminue l'anxiété et la dépression, et améliore la survie globale dans certains cancers (51)

4.5.5.3.2 *Activité physique pendant un traitement contre le lymphome de Hodgkin*

Chez un patient traité pour un lymphome de Hodgkin, l'activité physique joue un rôle fondamental dans la prise en charge globale. Elle favorise une meilleure récupération entre les cures de chimiothérapie, réduit l'intensité des effets secondaires et améliore la tolérance aux traitements. On parle alors de « prescription d'activité physique adaptée » (APA), intégrée dans un but de prévention secondaire et tertiaire : elle agit sur les facteurs de risque, limite l'évolution de la maladie et réduit les séquelles liées aux traitements, tout en diminuant les risques de récurrence ou de développement d'un nouveau cancer (52). Toute personne atteinte de cancer peut pratiquer une activité physique, sous réserve d'un avis médical favorable.

4.5.5.3.3 *Recommandations générales d'activité physique*

Il est recommandé, en particulier pour les patients présentant un état physique satisfaisant, de pratiquer 150 minutes d'activité physique modérée par semaine, réparties en 5 séances de 30 minutes. Les activités peuvent inclure la marche, la course à pied, le vélo... En complément, deux séances de renforcement musculaire par semaine sont conseillées.

Les intensités d'activité sont classées en :

- Légère : sans essoufflement (ex : repassage, ménage, promener le chien) ;
- Modérée : essoufflement modéré mais possibilité de parler (ex : marche, montée d'escaliers, footing, vélo) ;
- Élevée : essoufflement important, conversation difficile (ex : escaliers, footing ou vélo à haute intensité)
- Très élevée : essoufflement intense, conversation impossible (ex : high intensity interval training (HIIT), exercices fractionnés).

Lorsque l'état physique du patient est plus fragile, la prescription sera adaptée en termes de durée, d'intensité et de fréquence.

4.5.5.3.4 Activité physique adaptée : une alternative encadrée

Si le patient ne se sent pas capable ou motivé à pratiquer une activité physique seul, il peut bénéficier d'un programme structuré d'APA. L'APA regroupe l'ensemble des activités physiques ou sportives adaptées aux capacités des personnes atteintes de maladies chroniques ou de handicap.

Ce programme, à visée thérapeutique, vise à :

- Prévenir l'apparition ou l'aggravation de maladies ;
- Maintenir ou restaurer l'autonomie ;
- Améliorer la qualité de vie ;
- Lutter contre l'isolement social.

Il est prescrit par un médecin (généraliste ou spécialiste), après une évaluation des besoins du patient, notamment chez ceux atteints d'ALD, de maladies chroniques, présentant des facteurs de risque, ou en perte d'autonomie. Le programme comprend généralement 2 à 3 séances par semaine, axées sur l'endurance, l'aérobie et le renforcement musculaire. Il est encadré par des professionnels tels que :

- Masseur-kinésithérapeutes,
- Ergothérapeutes,
- Psychomotriciens,
- Educateurs sportifs,
- Ou des intervenants titulaires d'un diplôme en APA ou d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée.

4.5.5.3.5 D'autres alternatives à l'APA

En dehors de l'APA, s'inscrire dans une salle de sport ou un club peut aussi constituer une bonne option. La présence d'un coach permet de garder un rythme, d'être encadré, et de maintenir un contact social, élément crucial pour le moral et la tolérance aux traitements.

Des associations de patients proposent également des séances d'APA, parmi lesquelles :

- CAMI Sports & Cancer : Association à but non lucratif qui développe des programmes d'activités physiques thérapeutiques. Elle intervient dans les services hospitaliers (oncologie, hématologie) ou organise des séances en ville, encadrées par des praticiens diplômés en « Sports et Cancer » (53).
- La Ligue contre le cancer : Propose des séances d'activités physiques adaptées, encadrées par un enseignant en APA, destinées aux personnes

atteintes de cancer, pendant et jusqu'à un an après la fin des traitements. Ces séances sont disponibles partout en France.

4.5.5.3.6 Conclusion

L'activité physique est un véritable outil thérapeutique qui devrait être intégré à chaque étape du parcours de soins des patients. Avant, pendant et après les traitements, elle améliore la condition cardiorespiratoire, réduit la fatigue, l'anxiété, la dépression, et contribue à une meilleure qualité de vie globale.

4.5.6 Améliorer la qualité de vie du patient

Bien que des traitements soient proposés pour atténuer les effets secondaires, ceux-ci peuvent persister et continuer à altérer la qualité de vie des patients. Face à cette situation, certains se tournent vers des produits naturels pour compléter la prise en charge des symptômes résiduels.

Le rôle du pharmacien est alors d'accompagner le patient dans cette démarche de recherche de bien-être, tout en veillant à maintenir un équilibre. Il est essentiel de rappeler que ces approches ne doivent en aucun cas se substituer aux traitements médicamenteux prescrits. L'objectif principal reste de proposer au patient la solution thérapeutique la plus adaptée à sa situation. L'intégration de produits naturels peut représenter un soutien et un levier de motivation pour poursuivre les traitements, à condition de ne pas laisser croire qu'ils peuvent remplacer la prise en charge médicale conventionnelle.

Tout ce qui permet au patient d'aller mieux fait partie intégrante des soins oncologiques de support. Cela inclut certaines pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique : la relaxation, la sophrologie, l'acupuncture, l'hypnose, les compléments alimentaires, la phytothérapie, l'aromathérapie ou encore l'homéopathie. Certaines de ces pratiques sont aujourd'hui encadrées par les soins de support hospitalier.

Il est important de noter que l'efficacité de ces approches n'est pas toujours scientifiquement prouvée ; c'est avant tout le ressenti du patient qui en détermine l'intérêt. Le pharmacien joue également un rôle essentiel de vigilance : il doit s'assurer qu'aucun produit utilisé n'interfère avec le traitement principal du patient.

Parmi ces pratiques, l'homéopathie peut être demandée par certains patients. Bien que son efficacité ne soit pas démontrée par les données scientifiques actuelles, elle peut répondre à un besoin émotionnel, notamment en cas d'anxiété ou d'appréhension. Le rôle du pharmacien est d'écouter ces demandes sans les juger, tout en guidant le patient de manière éclairée. Il ne faut pas oublier qu'un patient qui tente de diminuer ses effets secondaires est un patient qui prend soin de lui et qui conserve la volonté de se soigner.

4.5.6.1 La nausée et les vomissements

- Le **gingembre** (*Zingiber officinale*) pourrait contribuer à prévenir et à atténuer les nausées et les vomissements induits par la chimiothérapie. Il peut être consommé par voie orale, sous forme de jus, d'infusions, ou utilisé sous forme d'huile essentielle en usage local (54).

Cependant, à fortes doses, le gingembre peut augmenter le risque de saignement en inhibant la thromboxane synthétase et en réduisant l'agrégation plaquettaire. Une vigilance particulière est requise chez les patients sous protocole BEACOPP en raison du risque accru de saignement. À dose faible et sur une courte durée, le gingembre peut être utilisé pour ses propriétés antiémétiques.

- L'huile essentielle de **menthe poivrée** (*Mentha piperita*), appliquée localement (1 goutte sur un mouchoir ou le poignet, jusqu'à trois fois par jour), peut également contribuer à réduire ces effets indésirables (55). Elle est généralement bien tolérée, mais doit être évitée chez les personnes asthmatiques ou épileptiques.

Certaines souches homéopathiques peuvent être proposées en complément :

- NUX VOMICA 5CH : en cas de nausées soulagées par les vomissements.
- IPECA : lorsque les nausées persistent malgré les vomissements.

Des formules homéopathiques composées existent également, comme Cocculine, à base de *Cocculus indicus*, Nux Vomica, Tabacum, Petroleum.

Ces traitements peuvent être initiés avant le début de la chimiothérapie, dans un objectif préventif, afin d'anticiper l'apparition des symptômes.

4.5.6.2 Trouble du sommeil et anxiété

Au-delà de l'anxiété directement liée à la maladie, les troubles du sommeil et les états de nervosité peuvent également impacter le bien-être global du patient et sa capacité à faire face aux traitements. Un sommeil perturbé peut aggraver la fatigue et diminuer la résilience psychologique.

Certaines solutions naturelles peuvent être envisagées pour accompagner ces troubles :

- La Valériane (*Valeriana officinalis*), reconnue pour ses effets sédatifs doux et apaisants. Elle possède un usage médical bien établi dans le traitement du stress et les troubles du sommeil. Elle peut être proposée avec prudence, en évitant l'association avec d'autres sédatifs.
- Gelsemium : utile en cas de stress prolongé ou d'anxiété d'anticipation ;
- Ignatia : utile lors de troubles émotionnels liés à la contrariété ;

- Kalium phosphoricum : utile pour les états de surmenage et de fatigue nerveuse ;

Des formules homéopathiques composées peuvent aussi être utilisées en complément :

- Zenalia : associant Gelsemium sempervirens, Ignatia amara, Kalium phosphoricum, indiquée dans les états de nervosité passagers ;
- Sedatif PC : association d'Aconitum napellus, Belladonna, Calendula officinalis, Chelidonium majus, Valeriana officinalis, Viburnum opulus.

4.5.6.3 La fatigue

La fatigue, ou asthénie, est un symptôme fréquent, multifactoriel (anémie, dénutrition, dépression, douleur, effet secondaire...) et difficile à prendre en charge chez les patients sous traitements oncologiques, sans traitement curatif unique à ce jour. En complément des bilans médicaux pouvant être réalisés pour en identifier les causes, un soutien par des approches naturelles peut être envisagé.

En phytothérapie, certaines plantes sont traditionnellement utilisées pour leur effet tonifiant :

- Le guarana, riche en caféine, peut aider à stimuler l'organisme ;
- Rhodiola rosea est une plante adaptogène utilisée pour lutter contre la fatigue chronique et améliorer l'endurance mentale et physique.

En homéopathie, deux souches principales peuvent être proposées en fonction du profil du patient :

- Arsenicum Album : en cas de fatigue associée à une perte de poids et une frilosité.
- Phosphoricum Acidum : utilisée pour les états d'épuisement physique et mental, souvent liés à un surmenage ou un découragement.

4.5.6.4 Atteintes des mains et des ongles

Les effets de la chimiothérapie peuvent abîmer la peau et les ongles des mains et des pieds, les rendant fragiles et cassants pouvant aller jusqu'au décollement de l'ongle (onycholyse). Ces atteintes peuvent évoluer vers une dermatite, une sécheresse, des rougeurs, voire une érythrodysesthésie palmo-plantaire. Cette affection est une inflammation douloureuse cutanée des paumes des mains et/ ou des plantes des pieds. C'est une réaction qui peut se développer 2 à 4 semaines après le début de la chimiothérapie. Le patient peut ressentir un engourdissement, des picotements, des brûlures, un prurit et une sensibilité exacerbée au toucher. C'est un effet secondaire

majeur et handicapant le patient : cela peut limiter la marche et provoquer des fissures et des plaies.

Cette fragilité expose le patient à un risque infectieux et nécessite des soins et une vigilance particulière.

Il est conseillé :

- De garder la peau propre avec l'utilisation de savons doux au pH neutre ou surgras pour protéger la peau ;
- De porter des gants lors de tâches ménagères ou de jardinage pour éviter tout contact agressif ;
- De ne pas porter de chaussures trop serrées et d'éviter les talons hauts ;
- De porter des chaussettes en coton ;
- D'éviter des faux ongles, dissolvants à base d'acétone ou produits parfumés susceptibles d'aggraver les irritations ;
- D'hydrater quotidiennement avec des crèmes réparatrices tout en surveillant l'état de la peau. Si besoin, soigner rapidement les plaies.
- D'éviter l'exposition prolongée au soleil, à l'eau, à la macération ;

L'application d'un vernis à l'oxyde de silicium peut renforcer la structure des ongles et limiter les dommages en formant une couche protectrice qui réduit les agressions mécaniques et chimiques. Des gammes de soins spécifiques existent, adaptées aux peaux sensibilisées par les traitements, formulées sans allergène ni substance agressive.

4.5.6.5 La mucite

Une mucite est une inflammation des muqueuses de la cavité buccale et pharyngée pouvant évoluer jusqu'à l'ulcération. Elle est due à l'altération de l'épithélium et du tissu conjonctif, induite par la chimiothérapie et la radiothérapie. Cette affection se manifeste par des douleurs importantes, des difficultés à s'alimenter, une altération de l'état nutritionnel et une dégradation de la qualité de vie.

Afin d'évaluer la sévérité de la mucite, la classification de l'OMS permet de grader cette affection en fonction de l'intensité des symptômes et de l'impact sur l'alimentation (Tableau IX).

Tableau IX : Classification OMS de la sévérité des mucites et prise en charge adaptée

Sévérité	BRÛLURES	Prise en charge
Grade 0	Muqueuse non abîmée	Hygiène et bains de bouche
Grade 1	Érythème de la muqueuse, inconfort sans douleur	Antalgique et bains de bouche
Grade 2	Ulcération et douleur modérée, alimentation solide possible	Antalgique niveau II, bains de bouche avec bicarbonate de sodium, anesthésique local et corticoïde
Grade 3	Ulcération sévère et douleur intense, alimentation liquide	Antalgique niveau III, bains de bouche avec bicarbonate de sodium, anesthésique local et corticoïde
Grade 4	Mucite incapacitante, alimentation impossible	Antalgique niveau III, alimentation entérale voire parentérale
Grade 5	Décès	

La mucite pouvant entraîner des complications sévères, une prévention rigoureuse est essentielle. Celle-ci repose sur une hygiène bucco-dentaire adaptée, une prise en charge précoce de la sécheresse buccale ainsi que sur des conseils nutritionnels (57).

- Hygiène bucco-dentaire :
 - Brossage doux des dents après chaque repas avec une brosse à dents souple et un dentifrice non mentholé ;
 - Éviter les brosses électriques, les bains de bouche alcoolisés et les cures dents ;
 - Rinçages réguliers avec une solution de bicarbonate de sodium dans de l'eau tiède.
- Prise en charge de la sécheresse buccale :
 - Augmentation de l'hydratation orale ;
 - Utilisation de substituts salivaires ;
 - Stimulation de la salivation (chewing-gum, pastilles) ;
 - Protection des lèvres par application de baume hydratant.
- Conseils nutritionnels :
 - Privilégier les repas légers, fréquents, tièdes à froids, en sauces ou mixés ;
 - Favoriser les aliments lactés ou doux (yaourt, purée, compotes...) ;
 - Éviter les aliments secs, acides (agrumes, tomates, vinaigre, moutarde), épicés, frits, salés et irritants (noix, fromage à pâte dure, ananas, gruyère...) ;
 - Supprimer alcool et tabac, qui aggravent l'irritation de la muqueuse.

- Suivi dentaire régulier :

Un bilan bucco-dentaire est recommandé avant tout traitement anticancéreux, afin de dépister et traiter les facteurs de risque (caries, infections, inflammation). Un suivi régulier chez le dentiste est ensuite indispensable.

4.5.6.6 Bilan

Bien que les preuves scientifiques soient parfois limitées, il reste essentiel d'écouter la demande du patient et de prendre en compte ses besoins spécifiques. Les soins oncologiques de support regroupent l'ensemble des interventions visant à soulager les symptômes tels que les nausées, la fatigue, les troubles du sommeil, l'alopécie ou la mucite, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un lymphome de Hodgkin. Ces soins favorisent également une meilleure observance des traitements, dans une approche respectueuse et sans jugement, centrée sur le bien-être du patient.

4.6 Pendant la rémission

4.6.1 Définition

La rémission correspond à une phase où les signes cliniques, biologiques et / ou radiologiques de la maladie ont diminué de manière significative, voire disparu. On parle de rémission complète lorsqu'aucune cellule cancéreuse n'est détectable dans l'organisme par les examens disponibles.

La rémission peut durer quelques mois voire quelques années, ou se maintenir à long terme. Toutefois, elle ne garantit pas l'absence de rechute. C'est un objectif du traitement, mais ne signifie pas nécessairement la guérison définitive. Un suivi médical régulier reste indispensable pour surveiller une éventuelle rechute ou l'apparition d'effets secondaires à long terme. La rémission est souvent vécue comme un soulagement majeur chez le patient, mais elle peut aussi s'accompagner de peurs liées à l'incertitude, à la rechute ou la reprise d'une vie normale.

4.6.2 Rémission et guérison

La rémission survient après la fin des traitements, lorsque les signes de la maladie disparaissent. Toutefois, elle ne signifie pas automatiquement la guérison. En effet, même en l'absence de cellules cancéreuses détectables, certaines cellules tumorales peuvent persister de manière indétectable.

La guérison ne peut être envisagée qu'après une période prolongée de rémission, généralement estimée à plusieurs années, durant laquelle aucun signe de rechute n'apparaît. Ce terme est donc utilisé avec prudence, une fois que le risque de récurrence est considéré comme statistiquement très faible, souvent après cinq ans de rémission complète.

Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie de pronostic favorable : on observe une survie globale à 5 ans d'environ 84 % post-traitements (56).

4.6.3 Organisation du suivi en rémission

La rémission marque la fin des traitements actifs, mais elle s'accompagne d'un suivi médical rapproché, assuré principalement par les équipes d'hématologie et de radiothérapie en lien étroit avec le médecin traitant.

L'objectif de ce suivi est double :

- Surveiller la survenue d'une éventuelle rechute,
- Détecter précocement les effets secondaires tardifs des traitements.

Le suivi comprend :

- Un examen clinique systématique, précédé d'un interrogatoire médical, à la recherche de tout symptôme inhabituel ;
- Une palpation des aires ganglionnaires afin de rechercher des adénopathies ou autres signes généraux évocateurs d'une récurrence ;
- Un bilan biologique (incluant l'hémogramme) réalisé avant chaque consultation ;
- Des examens d'imagerie, non systématiques, évalués au cas par cas en fonction du rapport bénéfice/ risque (présence d'une masse résiduelle ou étendue de l'atteinte initiale) ;
- Une surveillance cardiaque régulière par échographie et un examen clinique pour dépister précocement les effets secondaires des traitements comme les anthracyclines ;
- Une évaluation de la fonction thyroïdienne (dosage de TSH et T4) après une irradiation cervicale ;
- Une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR).

La fréquence du suivi se fait généralement sous le rythme :

- Tous les trois mois pendant les deux premières années ;
- Tous les six mois pendant les trois années suivantes ;
- Puis annuellement jusqu'à la 10^{ème} année ;
- Ensuite, un suivi tous les deux ans est proposé (58).

Une fois la rémission bien installée, il est souvent proposé au patient de retirer sa chambre implantable. Cette étape peut être vécue de manière ambivalente : certains y voient une délivrance, d'autres peuvent ressentir une perte de sécurité face au risque de rechute.

4.6.4 Vivre en rémission

La rémission est une étape très attendue, perçue comme la récompense des efforts fournis pendant le traitement. Cependant, elle marque aussi une transition brutale qui peut perturber certains patients.

Le patient passe d'une vie médicalisée, rythmée par les rendez-vous, traitements, et un encadrement constant, à une vie « normale » marquée par l'absence soudaine de suivi rapproché. Cette rupture peut être source d'angoisse, de solitude et de mal-être.

Plusieurs réactions émotionnelles peuvent alors apparaître :

- Peur et inquiétude : crainte de la rechute à la moindre douleur ou fatigue, peur du regard des autres, appréhension du retour au travail ;
- Tristesse : liée au deuil de la vie d'avant et aux transformations physiques. Les traitements laissent parfois des séquelles visibles (cicatrices, prise ou perte de poids, perte de cheveux...) ou invisibles (fatigue, trouble de la fertilité) pouvant perturber l'image de soi, l'estime personnelle et la vie intime. La réappropriation de son corps nécessite souvent du temps et un accompagnement bienveillant.
- Colère : face à l'injustice de la maladie, aux potentielles séquelles.
- Solitude : ressentie par la perte du lien étroit avec les soignants et un retour compliqué dans la vie active.
- Culpabilité : certains patients peuvent ressentir une forme de culpabilité d'avoir survécu. Ce « syndrome du survivant » est souvent peu verbalisé, mais mérite d'être reconnu et accompagné.

Ce vide entre deux consultations, souvent espacées de plusieurs mois, peut être vécu comme une période d'incertitude. Les moindres symptômes deviennent sources d'angoisse et laissent le patient avec des interrogations sans réponse.

4.6.4.1 Les besoins du patient en rémission

Il est fondamental de ne pas abandonner un patient en rémission. La fin des traitements ne signifie pas la fin de la maladie dans la vie du patient. L'accompagnement doit se poursuivre afin de l'aider à :

- Comprendre cette nouvelle étape ;
- Se réapproprier son corps et son quotidien ;
- Se projeter dans l'avenir.

4.6.4.2 Ressources et professionnels disponibles

Tous les professionnels impliqués dans le parcours de soins (hématologue, radiothérapeute, médecin traitant, infirmiers, pharmaciens, etc) ont un rôle à jouer pour favoriser un retour progressif à une vie stable et épanouie. Cela implique :

- D'être à l'écoute ;
- De répondre aux questions sans minimiser le ressenti ;
- De reconnaître que le chemin vers la guérison est aussi émotionnel que physique.

Plusieurs professionnels, outils et ressources peuvent être utilisés pour accompagner les patients :

- Psychologue : un soutien psychologique peut aider le patient à verbaliser ses peurs, à donner du sens à ce qu'il a vécu, à mieux se comprendre.
- Associations et groupes de soutien : ils permettent d'échanger avec d'autres personnes en rémission et de briser l'isolement. L'association France Lymphome Espoir apporte une aide précieuse aux patients atteints et en rémission d'un lymphome, avec des conseils et des publications régulières. La Ligue contre le cancer propose des activités de soutien post-cancer et un service social d'accompagnement.
- Réinsertion progressive : fixer, avec le patient, des objectifs simples et atteignables pour l'aider à retrouver une place, un rôle, un rythme.
- Réorganisation de la vie quotidienne : retour aux habitudes d'avant, ou mise en place d'un nouveau rythme de vie plus adapté.
- Assistante sociale : La période de rémission est aussi une période où les patients revoient leurs priorités, changent de mode de vie ou prennent une nouvelle direction. Il est important de les soutenir dans ces transitions. L'assistante sociale accompagne le patient dans sa reconstruction sociale, professionnelle et financière (demande d'ALD, aide financière, aide au logement, orientation vers des dispositifs d'aide à la réinsertion, reprise du travail en lien avec la médecine du travail...). L'association Cancer@work propose une aide pour la réalisation du curriculum vitae et organise des échanges entre les patients et des entreprises recruteuses.
- Hygiène de vie : maintenir une alimentation équilibrée et une activité physique régulière contribue au bien-être global et à la reconstruction physique et mentale. Cela peut répondre au besoin de se réapproprier son corps et participer activement au processus de guérison. Le diététicien, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute ou encore l'éducateur en APA peuvent jouer un rôle dans le développement d'une meilleure hygiène de vie.

La rémission, bien qu'elle soit un signe de victoire, représente souvent une épreuve psychologique. Le patient est projeté dans une vie nouvelle, avec ses fragilités et ses

incertitudes. L'accompagnement humain et professionnel est indispensable pour lui permettre d'écrire ce nouveau chapitre de sa vie avec confiance. L'écoute du patient reste une mission essentielle pour le pharmacien : c'est en prêtant attention à ses mots, ses silences et ses émotions que nous pouvons réellement prendre soin de sa santé.

4.6.5 Risques à long terme après un lymphome de Hodgkin

Bien que le lymphome de Hodgkin puisse être guéri dans la majorité des cas, les traitements utilisés, souvent intensifs, peuvent entraîner des effets secondaires à long terme. Ces complications peuvent survenir plusieurs années, voire décennies, après la fin des traitements.

Parmi les principaux effets liés à la radiothérapie et la chimiothérapie, on retrouve le développement de cancers secondaires tels qu'une leucémie aiguë secondaire, un cancer du sein, de la thyroïde ou du poumon. Des études ont mis en évidence que les patients atteints d'un lymphome de Hodgkin avaient entre 2,6 à 5 fois plus de risques de développer un autre cancer que des personnes du même âge sans antécédent de cancer. Ce risque augmente avec le temps. Mais les protocoles récents, utilisant des champs d'irradiation plus ciblés et moins étendus, ou encore l'absence de radiothérapie, réduisent significativement ce risque. (59)

La radiothérapie, en particulier ciblée au niveau du médiastin, peut également entraîner des atteintes cardiaques. Ces effets apparaissent généralement entre 5 et 10 ans après la fin des traitements. Ils peuvent se manifester sous forme de cardiomyopathies, d'insuffisance cardiaque ou d'insuffisance coronarienne, augmentant ainsi le risque d'infarctus du myocarde. La doxorubicine, molécule incluse dans le protocole de chimiothérapie contre le lymphome de Hodgkin, peut également être en cause du fait de sa cardiotoxicité. Un suivi régulier, incluant un examen clinique et une échographie, est nécessaire pour surveiller la fonction cardiaque.

La bléomycine, autre molécule incluse dans un des protocoles de traitement contre le lymphome de Hodgkin, peut provoquer une toxicité pulmonaire retardée, allant jusqu'à la fibrose pulmonaire.

La glande thyroïde peut être endommagée par les irradiations cervicales, entraînant des hypothyroïdies. Un bilan thyroïdien annuel comprenant le dosage de la thyroïdostimuline est recommandé (60).

Certaines molécules peuvent impacter la fertilité. Cette complication peut concerner aussi bien les hommes que les femmes, et nécessite parfois un accompagnement spécialisé, surtout pour les jeunes adultes en âge de procréer.

Une fatigue chronique peut persister après la guérison, même en l'absence d'une rechute. Moins visible que d'autres séquelles, elle altère tout autant la qualité de

vie et mérite une prise en charge adaptée : activité physique progressive, alimentation équilibrée, soutien psychologique.

Des facteurs de risque cardiovasculaires ou métaboliques (tabagisme, surpoids, hypertension artérielle, hypercholestérolémie) associés peuvent majorer la probabilité de survenue de complications au long terme. Leur contrôle est essentiel dans la stratégie de prévention.

Informar les patients sur ces risques permet d'instaurer une vigilance partagée entre le patient et les professionnels de santé. Aujourd'hui, grâce aux progrès des traitements et à l'évolution des protocoles, les risques sur le long terme sont nettement réduits. Toutefois, un suivi médical personnalisé et adapté à chaque patient est indispensable. C'est la clé pour prévenir et dépister précocement les complications tardives que peuvent engendrer les traitements du lymphome de Hodgkin.

5 Discussion

Le lymphome de Hodgkin est une pathologie qui bénéficie aujourd'hui d'un pronostic favorable notamment par ses traitements à l'hôpital. Mais au-delà des traitements, cette réalité thérapeutique ne doit pas masquer la complexité du parcours, marquée par des effets secondaires lourds, un impact psychologique majeur et des séquelles à long terme. Le rôle du pharmacien ne s'arrête pas à la simple dispensation : il s'inscrit dans une dynamique globale de coordination, d'accompagnement et de vigilance.

Le malade est un être qu'il faut soigner pour sa pathologie mais aussi pour les impacts que cette maladie provoque : émotionnels, physiques, psychiques, aigus, chroniques, sociaux ou encore professionnels. Le pharmacien d'officine peut être un pilier pour chacun de ces patients atteints d'un lymphome de Hodgkin. Il a pleinement sa place dans cette prise en charge si complexe. Il peut participer à toutes les grandes étapes de la prise en charge : du diagnostic à la guérison.

Cette prise en charge, bien qu'elle soit déjà bien établie, peut toujours être améliorée. Notamment par la mise en place de moyens permettant une meilleure communication entre le médecin traitant et le pharmacien d'officine ou encore entre l'équipe de soin et le pharmacien. La mise en place d'une messagerie sécurisée facile d'accès peut désormais être un vrai moyen d'amélioration de la prise en charge. Une réunion d'information pourrait être mise en place lorsque le diagnostic est acté, où chaque professionnel de santé choisi par le patient (infirmier libéral, pharmacien d'officine, médecin traitant) se présenterait et discuterait sur le déroulement des mois de traitements : envoi d'ordonnance, prévision de potentiels effets secondaires (hydratation, perfusion, bilan sanguin, surveillance), communication sur l'état du patient, chacun pourrait donner son avis sur ce dont le patient a besoin ce jour-là

précisément, livraison des médicaments avant que le patient ne rentre à domicile. Enfin, la mise en place d'un système d'action d'urgence serait une évolution dans la prise en charge du patient : à n'importe quelle heure de la journée, le patient pourrait contacter n'importe quel professionnel de santé inclus dans ce protocole afin d'obtenir une information, une aide, du matériel ou encore un médicament.

Ces réflexions ouvrent une perspective plus large sur une transformation des pratiques officinales : intégrer davantage de temps clinique, repenser les outils de communication entre professionnels et encourager le partage d'informations de santé, dans le respect du secret médical mais surtout dans le bénéfice de la qualité de la prise en charge.

6 Bibliographie

1. « Guide du Parcours de soins - Lymphome de Hodgkin classique de l'adulte - Ref : GPSLYMHODG13 ». Consulté le 13 septembre 2024. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Guide-du-Parcours-de-soins-Lymphome-de-Hodgkin-classique-de-l-adulte>.
2. « Cancers hématologiques - Recommandations et outils d'aide à la pratique ». Consulté le 13 septembre 2024. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Cancers-hematologiques>.
3. Rossi, C., et J. N. Bastie. « Actualités thérapeutiques dans les lymphomes non hodgkiniens et le lymphome de Hodgkin ». *La Revue de Médecine Interne* 40, n° 4 (1 avril 2019): 246-54. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2018.04.015>.
4. cancer, Canadian Cancer Society / Société canadienne du. « Le système lymphatique ». Société canadienne du cancer. Consulté le 23 septembre 2024. <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/hodgkin-lymphoma/what-is-hodgkin-lymphoma/the-lymphatic-system>.
5. « Les types de lymphomes hodgkiniens - Le développement du lymphome hodgkinien ». Consulté le 13 septembre 2024. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Lymphome-hodgkinien/Le-developpement-du-lymphome-hodgkinien/Les-types-de-lymphomes-hodgkiniens>.
6. « Définition réunion de concertation pluridisciplinaire ». Consulté le 13 septembre 2024. <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/R/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire#>.
7. « Définition TEP-TDM ». Consulté le 17 septembre 2024. <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/T/TEP-TDM>.
8. Turpin, Anthony, Jean-Marie Michot, Emmanuelle Kempf, Renaud Mazon, Peggy Dartigues, Marie Terroir, Angela Boros, et al. « Le lymphome de Hodgkin : stratégies thérapeutiques actuelles et futures ». *Bulletin du Cancer* 105, n° 1 (1 janvier 2018): 81-98. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2017.11.008>.
9. Gilardin, Laurent, Sandy Amorim, Sophie Bernard, Odonchimeg Ravdan, Catherine Thieblemont, et Pauline Brice. « L'arrivée de l'immunothérapie dans le lymphome de Hodgkin ». *Bulletin du Cancer*, Nouvelles perspectives dans l'immunothérapie des cancers, 105 (1 décembre 2018): S50-58. [https://doi.org/10.1016/S0007-4551\(18\)30390-4](https://doi.org/10.1016/S0007-4551(18)30390-4).
10. « Définition chimiothérapie ». Consulté le 13 janvier 2025. <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/chimiotherapie#>.
11. « Résumé des Caractéristiques du Produit ». Consulté le 17 septembre 2024. <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0207277.htm>.
12. « Notice patient - BLEOMYCINE BELLON 15 mg, poudre pour solution injectable - Base de données publique des médicaments ». Consulté le 17 septembre 2024. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62789360&typedoc=N#Ann3bEmballage>.

13. « Résumé des Caractéristiques du Produit ». Consulté le 17 septembre 2024. <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0170272.htm>.
14. « Résumé des Caractéristiques du Produit ». Consulté le 17 septembre 2024. <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0129325.htm>.
15. « Les effets indésirables de la chimiothérapie - Les effets indésirables des traitements ». Consulté le 13 septembre 2024. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Lymphome-hodgkinien/Les-effets-indesirables-des-traitements/Les-effets-indesirables-de-la-chimiotherapie>.
16. « Résumé des Caractéristiques du Produit ». Consulté le 17 septembre 2024. <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0139134.htm>.
17. « Résumé des Caractéristiques du Produit ». Consulté le 17 septembre 2024. <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0222820.htm>.
18. « Résumé des Caractéristiques du Produit ». Consulté le 17 septembre 2024. <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0225444.htm>.
19. Rao, Kamakshi V., et Aimee Faso. « Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Optimizing Prevention and Management ». *American Health & Drug Benefits* 5, n° 4 (juillet 2012): 232-40.
20. « Nausées et vomissements ». Société canadienne du cancer, juillet 2019. <https://cancer.ca/fr/treatments/side-effects/nausea-and-vomiting>.
21. Rao, Kamakshi V., et Aimee Faso. « Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Optimizing Prevention and Management ». *American Health & Drug Benefits* 5, n° 4 (juillet 2012): 232-40. Consulté le 16 juin 2025.
22. Park, Hyung Soon, Hye Sung Won, Ho Jung An, Sung Shim Cho, Hyun Ho Kim, Der Sheng Sun, Yoon Ho Ko, et Byoung Yong Shim. « Elevated serum substance P level as a predictive marker for moderately emetogenic chemotherapy-induced nausea and vomiting: A prospective cohort study ». *Cancer Medicine* 10, n° 3 (27 décembre 2020): 1057-65. Consulté le 16 juin 2025. <https://doi.org/10.1002/cam4.3693>.
23. Richard, Pauline. « La prise en charge alternative des nausées et vomissements chimio-induits », s. d.
24. « Notice patient - SETOFILM 8 mg, film orodispersible - Base de données publique des médicaments ». Consulté le 19 septembre 2024. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=67029888&typedoc=N>.
25. « Résumé des Caractéristiques du Produit ». Consulté le 19 septembre 2024. <https://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0285815.htm>.
26. Lavanya, Derangula, VelugotlaPranathi Prasanna, Asma Firdous, et Sneha Thakur. « A systemic review on chemotherapy induced nausea and vomiting- risk and clinical management with alternative therapies ». *Cancer Treatment and Research Communications* 44 (1 janvier 2025): 100938. Consulté le 16 juin 2025 <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2025.100938>.

27. DGOS. « La douleur ». Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Consulté le 9 octobre 2024. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>.
28. « Définition nociceptif ». Consulté le 9 octobre 2024. <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/N/nociceptif>.
29. Echavarria, Isabel, J. Rafael Carrión Galindo, Jesús Corral, María Pilar Diz Taín, Fernando Henao Carrasco, Vega Iranzo González-Cruz, Xabier Mielgo-Rubio, Teresa Quintanar, Carlos Rivas Corredor, et Pedro Pérez Segura. « SEOM clinical guidelines for the prophylaxis of infectious diseases in cancer patients (2021) ». *Clinical & Translational Oncology* 24, n° 4 (2022): 724-32. Consulté le 17 juin 2025. <https://doi.org/10.1007/s12094-022-02800-3>.
30. Maroun, J.A., L.B. Anthony, N. Blais, R. Burkes, S.D. Dowden, G. Dranitsaris, B. Samson, et al. « Prevention and management of chemotherapy-induced diarrhea in patients with colorectal cancer: a consensus statement by the Canadian Working Group on Chemotherapy-Induced Diarrhea ». *Current Oncology* 14, n° 1 (février 2007): 13-20. Consulté le 17 juin 2025. <https://doi.org/10.3747/co.2007.96>.
31. « effet indésirables ABVD - Recherche Google ». Consulté le 24 octobre 2024. <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=effet+ind%C3%A9sirable+s+ABVD&ie=UTF-8&oe=UTF-8>.
32. « Comment bien prendre la température ? » Consulté le 5 décembre 2024. <https://www.ameli.fr/atois/assure/sante/bons-gestes/soins/prendre-temperature>.
33. « Prise en charge des perruques et accessoires capillaires ». Consulté le 29 octobre 2024. <https://www.ameli.fr/atois/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/remboursement-perruques>.
34. « Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) », 2017. Consulté le 23 juin 2025.
35. Yan, Yuqian, Jesús López-Alcalde, Linxin Zhang, Alexander R. Siebenhüner, Claudia M. Witt, et Jürgen Barth. « Acupuncture for the Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Cancer Medicine* 12, n° 11 (2023): 12504-17. <https://doi.org/10.1002/cam4.5962>. Consulté le 23 juin 2025.
36. Zona. https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Zona?utm_source=chatgpt.com (accessed 2025-08-05).
37. « TEP Scan ». Consulté le 23 juin 2025. <https://www.imagerie.pro/pages/tep-scan.html>. Consulté le 23 juin 2025.
38. « Mon espace santé : 3 ans après, où en est-on ? | Fédération Hospitalière de France ». Consulté le 24 juin 2025. https://www.fhf.fr/actualites/articles/mon-espace-sante-3-ans-apres-ou-en-est-?utm_source=chatgpt.com. Consulté le 24 juin 2025.

39. Haute Autorité de Santé. « Éducation thérapeutique du patient (ETP) ». Consulté le 16 octobre 2024. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp.
40. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, 2010-904 § (2010). Consulté le 24 juin 2025.
41. « L'offre d'ETP en Hauts-de-France », 23 janvier 2025. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/loffre-detp-en-hauts-de-france>.
42. « Programme HOPE, pour l'accompagnement dans les traitements du cancer - OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé ». Consulté le 8 avril 2025. <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur/action/detail/47608#>.
43. « Les soins de support tout au long du parcours de soins - Parcours de soins des patients ». Consulté le 27 septembre 2024. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Soins-de-support-dans-le-parcours-de-soins>.
44. « RefOrg_PatientsCancers.indd », s. d. Consulté le 26 juin 2025.
45. <https://www.lymphosite.fr>. « Les symptômes (Lymphome) ». Consulté le 10 octobre 2024. https://www.lymphosite.fr/VIDEO_URL.
46. « Tabac : quels sont les risques ? » Consulté le 5 avril 2025. <https://www.ameli.fr/artois/assure/sante/themes/tabac/risques-tabagisme>.
47. Gaillot-de-Saintignon, Julie, et Antoine Deutsch. « Systématiser l'accompagnement à l'arrêt du tabac pour améliorer le traitement des patients atteints de cancer ». *Bulletin du Cancer* 103, n° 6 (1 juin 2016): 584-93. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2016.04.004>. Consulté le 1 juillet 2025.
48. « Je télécharge l'application pour arrêter de fumer ». Consulté le 1 juillet 2025. <https://www.tabac-info-service.fr/je-me-fais-accompagner/je-telecharge-l-application-pour-arreter-de-fumer>. Consulté le 1 juillet 2024.
49. « Alimentation : pendant et après le cancer - Alimentation ». Consulté le 27 septembre 2024. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Alimentation/Alimentation-pendant-et-apres-le-cancer>.
50. Travail, Ministère du, de la Santé, des Solidarités et des Familles, Ministère du Travail, de la Santé, et des Solidarités et des Familles. « Programme national nutrition santé (PNNS) - Professionnels ». Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Consulté le 1 juillet 2025. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>. Consulté le 1 juillet 2025.
51. Gouez, Manon, Bruno Raynard, Philippe Marijnen, Nathalie Ho Hio Hen, et Béatrice Fervers. « Nutrition et activité physique adaptée (APA) pendant et après les traitements du cancer : bénéfices thérapeutiques, physiopathologie, recommandations, prise en charge clinique ». *Bulletin du Cancer*, Soins de

- support, 109, n° 5 (1 mai 2022): 516-27.
<https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.02.008>. Consulté le 1 juillet 2025.
52. « L'activité physique adaptée : une thérapeutique non médicamenteuse ». Consulté le 14 avril 2025. <https://www.ameli.fr/arts/infirmer/sante-et-prevention/activite-physique-activite-physique-adaptee/activite-physique-adaptee>.
53. « Association ». Consulté le 14 avril 2025. <https://sportetcancer.com/qui-sommes-nous>.
54. Ryan, Julie L., Charles E. Heckler, Joseph A. Roscoe, Shaker R. Dakhil, Jeffrey Kirshner, Patrick J. Flynn, Jane T. Hickok, et Gary R. Morrow. « Ginger (Zingiber officinale) reduces acute chemotherapy-induced nausea: A URCC CCOP study of 576 patients ». *Supportive Care in Cancer* 20, n° 7 (juillet 2012): 1479-89.
<https://doi.org/10.1007/s00520-011-1236-3>. Consulté le 1 juillet 2025.
55. Ahn, Ju Hyun, Myoungsuk Kim, et Ri Whaol Kim. « Effects of aromatherapy on nausea and vomiting in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials ». *Complementary Therapies in Clinical Practice* 55 (1 mai 2024): 101838. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2024.101838>. Consulté le 1 juillet 2025.
56. Mucites-remis-AFSOS-NOVARTIS-2015.pdf. <https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/12/Mucites-remis-AFSOS-NOVARTIS-2015.pdf> . Consulté le 7 juillet 2025.
57. SPF. « Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 - Lymphome de Hodgkin ». Consulté le 7 juillet 2025.
<https://www.santepubliquefrance.fr/import/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-lymphome-de-hodgkin>.
58. ARCAGY-GINECO, Dr Bernard Poletto-. « Le Suivi Médical Après Traitement d'une Maladie de Hodgkin ». Infocancer, 29 novembre 2024.
<https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/hemopathies-malignes-cancers-du-sang/maladie-de-hodgkin/traitements/la-surveillance-posttherapeutique.html/>.
59. Hodgson, David C., Ethel S. Gilbert, Graça M. Dores, Sara J. Schonfeld, Charles F. Lynch, Hans Storm, Per Hall, et al. « Long-Term Solid Cancer Risk among 5-Year Survivors of Hodgkin's Lymphoma ». *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* 25, n° 12 (20 avril 2007): 1489-97. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.09.0936>. Consulté le 8 juillet 2025.
60. « Suivi au long cours des patients traités pour un lymphome de Hodgkin | La Revue du Praticien ». Consulté le 8 juillet 2025.
<https://www.larevuedupraticien.fr/article/suivi-au-long-cours-des-patients-traites-pour-un-lymphome-de-hodgkin>.

7 Annexes

Annexe1.

GRILLE DE REPÉRAGE DE 1^{er} NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT, PENDANT LA PHASE ACTIVE DES TRAITEMENTS

Auto-questionnaire Patient « Pendant la phase active des traitements »

Date de remplissage du questionnaire :

Identification du patient :

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Courriel :

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Vos réponses permettront aux professionnels de santé qui vous suivent de vous proposer des soins de support. Ces soins visent à améliorer votre qualité de vie, la tolérance et l'efficacité du traitement.

Les informations que vous transmettez permettront d'identifier vos besoins en soins oncologiques de support puis de vous proposer un accompagnement personnalisé par des professionnels.



Compréhension de la maladie et du traitement

(0 = Pas du tout d'accord et 10 = Tout à fait d'accord)

- | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | Les informations concernant ma maladie (et son évolution) sont suffisantes et complètes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2 | Les informations concernant les traitements sont compréhensibles et claires. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3 | J'ai reçu des informations sur les directives anticipées et/ou les soins palliatifs. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4 | Je me sens soutenu(e) par mon entourage pour bien comprendre ce qui m'arrive. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |



Nutrition

- | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 5 | Si l'on considère qu'avant l'annonce de ma maladie, je mangeais « 10 sur 10 », je mange actuellement sur une échelle de 0 à 10 (0 = je ne mange rien et 10 = je mange des quantités comme d'habitude) à ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6 | Mon poids habituel (avant l'annonce de la maladie) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Mon poids actuel : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Ma taille : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m | | | | | | | | | | | |
| 7 | J'ai des difficultés à avaler
☐ Oui ☐ Non | | | | | | | | | | | |
| 8 | J'ai des nausées/vomissements/diarrhées qui impactent ma prise alimentaire
☐ Oui ☐ Non | | | | | | | | | | | |

- 9 Je fais un ou des régime(s) restrictif(s) (jeûne, régime pauvre en sucre, en gras...) sans prescription médicale telle que pour le diabète, le cholestérol...
☐ Oui ☐ Non
- 10 J'ai déjà un suivi/reçu des conseils adaptés en nutrition ?
☐ Oui ☐ Non



Activité physique [= activités physiques quotidiennes (marche, ménage, jardinage, vélo...) et activités sportives]

- 11 Avant l'annonce de la maladie, sur une échelle de 0 à 10, j'étais pas du tout actif(ve) = 0 à j'étais très actif(ve) = 10 ?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 12 Depuis l'annonce de la maladie, je suis moins actif(ve) physiquement
☐ Oui ☐ Non
- 13 En ce moment, j'ai des difficultés à être actif(ve) au quotidien entre 0 (= aucune difficulté) et 10 (= difficulté extrême)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 14 En ce moment, je me sens capable de poursuivre, reprendre ou débiter seul(e) une activité physique régulière
☐ Oui ☐ Non
- 15 Lors d'une journée ordinaire, en ce moment je passe en moyenne :
☐ Plus de 7 h assis(e) ☐ Moins de 7 h assis(e)



Fatigue

- 16 Sur une échelle de 0 à 10, j'évalue ma fatigue entre 0 (= pas de fatigue) et 10 (= fatigue extrême)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



Psychologie

- 17 Je suis triste
☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
- 18 Je me sens angoissé(e) ou anxieux(se) en ce moment
☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
- 19 Je me suis senti(e) déprimé(e) ou anxieux(se) au cours de ma vie
☐ Oui ☐ Non
 Si oui, j'ai eu ou j'ai un suivi
☐ Oui ☐ Non
- 20 Je prends un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) en ce moment
☐ Oui ☐ Non
- 21 Je suis déjà suivi(e) par un professionnel pour mes difficultés psychiques
☐ Oui ☐ Non
- 22 Je ressens le besoin d'un soutien psychologique
☐ Oui ☐ Non



Douleur

- 23 J'ai ressenti des douleurs ces derniers jours
☐ Oui ☐ Non

- 24 Si oui, j'évalue mes douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de **ma douleur maximale au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 25 Si oui, j'évalue mes douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux **ma douleur habituelle au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 26 Cette douleur...
- ... perturbe mon sommeil
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)
- ... perturbe mes activités habituelles
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)
- 27 Je prends actuellement un traitement pour mes douleurs
- ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)
- 28 Si oui, le traitement me soulage
- ☐ Complètement ☐ Partiellement ☐ Pas du tout



Social et familial

- 29 J'ai besoin d'informations sur les conséquences sociales et financières de ma maladie (Affection Longue Durée, droits, prestations, démarches à effectuer, impact sur l'activité professionnelle...)
- ☐ Oui ☐ Non
- 30 Je vis seul(e)
- ☐ Oui ☐ Non
- 31 J'ai des enfants ou personnes à charge
- ☐ Oui ☐ Non
- 32 J'ai des aidants (une ou plusieurs personne(s) dans mon entourage qui m'aide(nt) au quotidien)
- ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, lesquels (membre de ma famille, amis, etc.) ?
- 33 Du fait de ma maladie et des traitements, je vais avoir besoin d'aide dans mon quotidien (aide-ménagère, garde d'enfants, suivi de la scolarité de mes enfants...)
- ☐ Oui ☐ Non
- 34 Mon logement est adapté à mon état de santé
- ☐ Oui ☐ Non
- 35 J'ai des difficultés
- ☐ Familiales ☐ Financières
- ☐ Professionnelles ☐ Non concerné(e)



Maintien et retour à l'emploi

- 36 Je poursuis mon activité professionnelle durant mes traitements de façon :
- ☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante ☐ Peu satisfaisante
- ☐ Compliquée ☐ Très compliquée ☐ Impossibilité de poursuivre
- 37 Concernant la reprise de mon activité professionnelle :
- ☐ Je souhaite reprendre une activité professionnelle
- ☐ Je ne me sens pas capable de reprendre
- ☐ Non concerné(e)

38 Quelles seraient la ou les conditions favorables à ma reprise d'activité professionnelle ?

- ☐ Informations de mon employeur
- ☐ Formation de l'entreprise à mon accueil
- ☐ Aménagement de mon espace de travail (bureau, atelier...)
- ☐ Aménagement de mon temps de travail
- ☐ Accompagnement par le médecin du travail
- ☐ Réorientation professionnelle
- ☐ Connaître mes droits
- ☐ Autre. Laquelle ?
- ☐ Non concerné(e)



Habitudes de vie

39 Je prends des médicaments sans prescription de mon médecin (automédication comme par exemple la prise d'antidouleur, d'anti inflammatoires, de somnifères...)

- ☐ Oui ☐ Non

40 Je prends d'autres traitements ou compléments (phytothérapie, compléments alimentaires...)

- ☐ Oui ☐ Non

41 Je fume

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle(s) substance(s) ?

42 J'ai arrêté de fumer depuis moins d'un an

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)

43 Je consomme de l'alcool

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, combien de verres en moyenne par semaine ? verres



Santé sexuelle

44 La maladie a un retentissement sur ma vie intime et sexuelle

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)

45 La maladie a changé la relation avec mon/ma partenaire

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)

46 Si c'est le cas, je ressens le besoin d'en parler avec un professionnel spécialisé

- ☐ Oui ☐ Non



Fertilité

47 Je souhaite des informations et une aide concernant les conséquences de la maladie et des traitements sur ma capacité à avoir des enfants à l'avenir.

- ☐ Oui ☐ Non



Actions thérapeutiques

48 Je me sens capable de gérer mes traitements et leurs effets secondaires dans le quotidien

- ☐ Oui ☐ Non

49 J'ai eu accès à un programme d'éducation thérapeutique

- ☐ Oui ☐ Non

Annexe 2.

GRILLE DE REPÉRAGE DE 1^{er} ET 2^e NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT PENDANT LA PHASE ACTIVE DE TRAITEMENT

Version Professionnels de santé

Date de remplissage du questionnaire :

Identification du patient :

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Courriel :

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Vos réponses permettront aux professionnels de santé qui vous suivent de vous proposer des soins de support. Ces soins visent à améliorer votre qualité de vie, la tolérance et l'efficacité du traitement.

Les informations que vous transmettez permettront d'identifier vos besoins en soins oncologiques de support puis de vous proposer un accompagnement personnalisé par des professionnels.



Compréhension de la maladie et du traitement

(0 = Pas du tout d'accord et 10 = Tout à fait d'accord)

Les questions proposées s'intègrent dans un dispositif d'annonce de la maladie et d'accompagnement du patient. Elles ne remplacent pas une écoute active des patients, par exemple par l'infirmier d'annonce, mais permettent une expression potentielle de besoins.

- 1 Les informations concernant votre maladie (et son évolution) ont-elles été suffisantes et complètes ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
- 2 Les informations concernant les traitements sont-elles compréhensibles et claires ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
- 3 Vous avez reçu des informations sur les directives anticipées et/ou les soins palliatifs. ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
- 4 Vous sentez-vous soutenu(e) par votre entourage pour bien comprendre ce qui vous arrive ? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10



Nutrition

- 5 Si l'on considère que, avant l'annonce de votre maladie, vous mangiez « 10 sur 10 », combien mangez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10 (0 = vous ne mangez rien et 10 = vous mangez des quantités comme d'habitude) ?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

- 6 Votre poids avant l'annonce de la maladie : kg

Votre poids actuel : kg

Votre taille : m

- 7 Avez-vous des difficultés à avaler ?
☐ Oui ☐ Non
- 8 Avez-vous des nausées/vomissements/diarrhées qui impactent votre prise alimentaire ?
☐ Oui ☐ Non
- 9 Faites-vous un ou des régime(s) restrictif(s) (jeûne, régime pauvre en sucre, en gras...) sans prescription médicale telle que pour le diabète, le cholestérol... ?
☐ Oui ☐ Non
- 10 Avez-vous déjà eu un suivi/reçu des conseils adaptés en nutrition ?
☐ Oui ☐ Non

Questions de repérage de 2^e niveau

- 1 – Peser le patient (tracer le suivi de l'évolution du poids)
- 2 – Perte de poids (en kg)
 Si % perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois, orientation pour suivi nutritionnel.
- 3 – Taille en m
- 4 – IMC : $P \text{ (kg)} / T^2 \text{ (cm)}$
 Si $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ ou 21 pour les personnes de plus de 70 ans (critère de dénutrition), orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle
 Si $> 25 \text{ kg/m}^2$ (critère de surpoids/obésité), selon le cancer, orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle
- 5 – Des changements des habitudes alimentaires ont-ils été observés ?
 – À l'annonce de la maladie : ☐ Oui ☐ Non
 – Pendant les traitements : ☐ Oui ☐ Non
 – Depuis l'arrêt des traitements : ☐ Oui ☐ Non
- 6 – Une réduction de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire a-t-elle été identifiée ? (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles).
☐ Oui ☐ Non (si oui = critère de dénutrition)

Activité physique [= activité physique quotidienne (marche, ménage, jardinage, vélo...) et activité sportive]

- 11 Avant l'annonce de la maladie, sur une échelle de 0 à 10, vous étiez pas du tout actif(ve) = 0 à vous étiez très actif(ve) = 10 ?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 12 Depuis l'annonce de votre maladie, êtes-vous moins actif(ve) physiquement ?
☐ Oui ☐ Non
- 13 En ce moment, avez-vous des difficultés à être actif(ve) au quotidien entre 0 (= aucune difficulté) et 10 (= difficulté extrême) ?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 14 En ce moment, vous sentez-vous capable de poursuivre, reprendre ou débiter une activité physique régulière seul(e) ?
☐ Oui ☐ Non
- 15 Lors d'une journée ordinaire, en ce moment passez-vous en moyenne :
☐ Plus de 7 h assis(e)
☐ Moins de 7 h assis(e) ?

Fatigue

- 16 Sur une échelle de 0 à 10, vous évaluez votre fatigue entre 0 (= pas de fatigue) et 10 (= fatigue extrême)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



Psychologie

- 17 Êtes-vous triste ?
☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
- 18 Êtes-vous angoissé(e) ou anxieux(se) ?
☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais
- 19 Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou anxieux(se) au cours de votre vie ?
☐ Oui ☐ Non
 Si oui, avez-vous eu ou avez-vous un suivi psychologique pour vos difficultés psychiques ?
☐ Oui ☐ Non
- 20 Prenez-vous un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) en ce moment ?
☐ Oui ☐ Non
- 21 Êtes-vous déjà suivi(e) par un professionnel
☐ Oui ☐ Non
- 22 Ressentez-vous le besoin d'un soutien psychologique ?
☐ Oui ☐ Non

Questions de repérage de 2^e niveau

Réaliser une évaluation en utilisant l'échelle de l'HADS « Hospital Anxiety and Depression scale » (*Annexe 3a*). Le score obtenu permettra d'orienter le patient vers le médecin, des pratiques psychocorporelles, ou le psychiatre et le psychologue.
 Tout score ≥ 8 à l'échelle HADS nécessite d'orienter vers une consultation médicale (médecin traitant ou psychiatre) ou vers un psychologue.



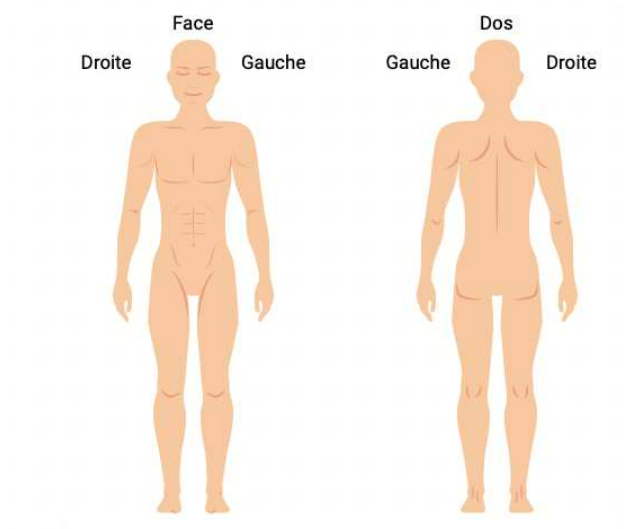
Douleur

- 23 Ressentez-vous des douleurs ces derniers jours ?
☐ Oui ☐ Non
- 24 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de **vos douleurs maximales au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 25 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux **vos douleurs habituelles au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
- 26 Cette douleur perturbe-t-elle...
 ... votre sommeil ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)
 ... vos activités habituelles ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)
- 27 Prenez-vous actuellement un traitement pour vos douleurs ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)
- 28 Si oui, le traitement vous soulage-t-il ?
☐ Complètement ☐ Partiellement ☐ Pas du tout

Questions de repérage de 2^e niveau

- 1 - S'agit-il d'une douleur connue et identifiée ?
☐ Oui ☐ Non
- 2 - Est-elle permanente ?
☐ Oui ☐ Non
- 3 - Est-elle déclenchée par :
 • Les mouvements ? ☐ Oui ☐ Non
 • Les soins ? ☐ Oui ☐ Non
 • Autres (précisez) ?

4 – Localisation : Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone.



5 – Accès douloureux paroxystiques¹ ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, nombre par 24 heures ?

6 – Échelle numérique de 0 à 10 (sur la dernière semaine) :

Moyenne : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Minimum : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Maximum : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7 – Si score du questionnaire DN4² ≥ 4 ? (Annexe 3b)

☐ Oui ☐ Non

8 – Traitement actuel :

• Observance (faire préciser la posologie prise, l'horaire...) :

• Effets indésirables :



Social, familial et professionnel

29 Avez-vous besoin d'informations sur les conséquences sociales et financières de votre maladie (Affection Longue Durée, droits, prestations, démarches à effectuer, impact sur l'activité professionnelle...) ?

☐ Oui ☐ Non

30 Vivez-vous seul(e) ?

☐ Oui ☐ Non

31 Avez-vous des enfants ou personnes à charge ?

☐ Oui ☐ Non

32 Avez-vous des aidants (une ou plusieurs personne(s) dans mon entourage qui vous aide(nt) au quotidien) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels (membre de ma famille, amis, etc.) ?

1. L'accès douloureux paroxystiques (ADP) correspond à une augmentation transitoire de la douleur, de survenue rapide (moins de 3 minutes), de courte durée (de 30 minutes à 1 heure en moyenne) d'intensité sévère à insupportable, survenant sur un fond de douleur stable, chez des patients recevant un traitement opioïde de fond. On différencie « les accès douloureux prévisibles » lorsque la douleur est liée à des actions volontaires du patient (ex la marche) involontaire (ex la toux) ou procédurale, des accès douloureux non prévisibles.
2. Questionnaire élaboré et validé chez l'adulte pour estimer la probabilité d'une composante neuropathique à la douleur. <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/dn4ok.pdf>

- 33 Du fait de votre maladie et des traitements, avez-vous besoin d'aide dans votre quotidien (aide-ménagère, garde d'enfants, suivi de la scolarité de mes enfants...) ?
☐ Oui ☐ Non
- 34 Votre logement est-il adapté à votre état de santé ?
☐ Oui ☐ Non
- 35 Avez-vous des difficultés
☐ Familiales ☐ Financières
☐ Professionnelles ☐ Non concerné(e)



Maintien et retour à l'emploi

- 36 Poursuivez-vous votre activité professionnelle durant vos traitements de façon :
☐ Très satisfaisante ☐ Satisfaisante ☐ Peu satisfaisante ☐ Compliquée
☐ Très compliquée ☐ Impossibilité de poursuivre
- 37 Concernant la reprise de votre activité professionnelle :
☐ Vous souhaitez reprendre une activité professionnelle
☐ Vous vous sentez pas capable de reprendre
☐ Non concerné(e)
- 38 Quelles seraient la ou les conditions favorables à votre reprise d'activité professionnelle ?
☐ Information de votre employeur ☐ Formation de l'entreprise à votre accueil
☐ Aménagement de votre espace de travail (bureau, atelier...) ☐ Aménagement de votre temps de travail
☐ Accompagnement par le médecin du travail ☐ Réorientation professionnelle
☐ Connaître vos droits
☐ Autre. Laquelle ?
☐ Non concerné(e)



Habitudes de vie

- 39 Est-ce que vous prenez des médicaments sans prescription de votre médecin (automédication comme par exemple la prise d'antidouleur, d'anti inflammatoires, de somnifères...) ?
☐ Oui ☐ Non
- 40 Est-ce que vous prenez d'autres traitements ou compléments (phytothérapie, compléments alimentaires...) ?
☐ Oui ☐ Non
- 41 Fumez-vous ?
☐ Oui ☐ Non
 Si oui, quelle(s) substance(s) ?
- 42 Avez-vous arrêté de fumer depuis moins d'un an ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)
- 43 Consommez-vous de l'alcool ?
☐ Oui ☐ Non
 Si oui, combien de verres par semaine ? verres

Questions de repérage de 2^e niveau

Alcool : Questionnaire FACE pour orientation (Annexe 3c.)
<http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/u35/FACE.pdf>



Santé sexuelle

- 44 La maladie a-t-elle un retentissement sur votre vie intime et sexuelle ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)

- 45 La maladie a-t-elle changé la relation avec votre partenaire ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné(e)
- 46 Si c'est le cas, ressentez-vous le besoin d'en parler avec un professionnel spécialisé
☐ Oui ☐ Non

Questions de repérage de 2^e niveau

- 1 – Cela occasionne-t-il une insatisfaction ou une souffrance dans votre vie personnelle ?
☐ Oui ☐ Non
- 2 – Cela occasionne-t-il une insatisfaction ou une souffrance dans votre vie de couple ?
☐ Oui ☐ Non

Fertilité

- 47 Souhaitez-vous des informations et une aide concernant les conséquences de la maladie et des traitements sur votre capacité à avoir des enfants à l'avenir ?
☐ Oui ☐ Non

Actions thérapeutiques

- 48 Vous sentez-vous capable de gérer vos traitements et leurs effets secondaires dans le quotidien ?
☐ Oui ☐ Non
- 49 Avez-vous eu accès à un programme d'éducation thérapeutique ?
☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

Je vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire. L'équipe soignante reviendra vers vous pour décider ensemble des éventuels accompagnements à mettre en place.

Je vous informe que vos réponses seront utilisées strictement dans le cadre de l'évaluation de vos besoins en soins de support.

Je vous informe que les données à caractère personnel vous concernant issues de ce questionnaire sont collectées et traitées sous la responsabilité de l'établissement de santé qui assure votre prise en charge. Vous pouvez vous rapprocher de ce dernier et de son délégué à la protection des données pour toute information concernant le traitement de vos données et vos droits issus du Règlement général sur la protection des données.

Annexe 3 : Test de Fagerström

TEST DE DÉPENDANCE À LA NICOTINE (FAGERSTRÖM)

► Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
► Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
► À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
► Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
► Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
► Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Score de votre test ►		

- **Score de 0 à 2** : vous n'êtes pas dépendant(e) de la nicotine. Vous pouvez vous arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiniques. Si toutefois vous redoutez cet arrêt, prenez conseil auprès de votre pharmacien ou de votre médecin traitant.
- **Score de 3 à 4** : vous êtes faiblement dépendant(e) de la nicotine.
- **Score de 5 à 6** : vous êtes moyennement dépendant(e). L'utilisation de substituts nicotiniques va augmenter vos chances de réussite. Demandez conseil à votre médecin traitant ou à votre pharmacien pour choisir le traitement le plus adapté à votre cas.
- **Score de 7 à 10** : vous êtes fortement ou très fortement dépendant(e) de la nicotine. L'utilisation de substituts nicotiniques est recommandée pour vous aider à surmonter votre dépendance à la nicotine. Le traitement doit être utilisé à dose suffisante et adaptée. En cas de difficulté, prenez conseil auprès de votre médecin traitant ou de votre pharmacien.

Université de Lille

UFR3S-Pharmacie

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Année Universitaire 2024/2025

Nom : CADIOU

Prénom : Chloë

Titre de la thèse : Lymphome de Hodgkin : prise en charge et rôle du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des patients

Mots-clés : Lymphome de Hodgkin ; prise en charge ; pharmacien d'officine ; conseils ; traitements

Résumé : Le lymphome de Hodgkin est une hémopathie maligne rare, mais généralement curable. Toutefois, les traitements restent lourds et sont sources d'effets indésirables importants pouvant altérer la qualité de vie des patients. Dans ce contexte, le pharmacien d'officine joue un rôle central dans l'accompagnement de ces patients. Cette thèse explore l'ensemble des missions que le pharmacien peut assurer pour optimiser la prise en charge des patients présentant un lymphome de Hodgkin, depuis la dispensation jusqu'aux soins de support. Elle ouvre également une réflexion sur l'évolution du métier vers un exercice plus clinique, dans lequel le pharmacien devient un véritable partenaire de santé pour les patients atteints de cancer.

Membres du jury :

Président : DUPONT Annabelle, Professeur des universités - praticien hospitalier, département de Pharmacie, UFR3S, Lille

Directeur, conseiller de thèse : DUPONT Annabelle, Professeur des universités - praticien hospitalier, département de Pharmacie, UFR3S, Lille

Assesseur :

DEMARET Julie, Maître de conférences-praticien hospitalier, département de Pharmacie, UFR3S, Lille

KUCHARSKI Camille, Docteur en pharmacie, pharmacien titulaire, pharmacie de la mairie, Beuvry.