

## **Guide pancanadien de pratique clinique : dépistage, évaluation et prise en charge de la fatigue liée au cancer chez l'adulte**

[http://www.capo.ca/Fatigue\\_Guideline.pdf](http://www.capo.ca/Fatigue_Guideline.pdf)

**Février 2011**

La production du présent guide a été rendue possible grâce à l'aide financière de Santé Canada, par l'intermédiaire du Partenariat canadien contre le cancer.

Ce document est le fruit d'une collaboration entre le Partenariat canadien contre le cancer et l'Association canadienne d'oncologie psychosociale. La responsabilité de ce guide relève de l'Association canadienne d'oncologie psychosociale.

Une indépendance éditoriale a été maintenue par rapport aux sources de financement. Les opinions et les intérêts des sources de financement n'ont aucunement influencé les recommandations contenues dans le présent document.

Les opinions exprimées sont celles du groupe consultatif national (agissant à titre de groupe d'experts), sous-groupe du groupe de travail sur les normes, les lignes directrices et les indicateurs cliniques du groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat).

Merci à toutes les personnes qui ont révisé ce document pour leur participation et leur précieuse contribution à son élaboration.



***Ce document doit être référencé comme suit :***

Howell D, Keller-Olaman S, Oliver TK, Hack T, Broadfield L, Biggs K, Chung J, Esplen MJ, Gravelle D, Green E, Hamel M, Harth T, Johnston P, McLeod D, Swinton N, Syme A et Olson K, au nom du groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer.

Guide pancanadien de pratique clinique : dépistage, évaluation et prise en charge de la fatigue liée au cancer chez l'adulte, Toronto. Partenariat canadien contre le cancer (groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale, février 2011.

***On peut consulter le guide sur le portail [vuesurlecancer.ca](http://vuesurlecancer.ca) et sur le site Web de l'Association canadienne d'oncologie psychosociale ([www.capo.ca](http://www.capo.ca)).***

***Coordonnées de l'organisme responsable de ce document :***

Association canadienne d'oncologie psychosociale  
189, rue Queen Est, bureau 1  
Toronto (Ontario)  
Canada M5A 1S2

Téléphone : 416-968-0207  
Télécopieur : 416-968-6818  
Adresse électronique : [capo@funnel.ca](mailto:capo@funnel.ca)  
[www.capo.ca](http://www.capo.ca)

***Date prévue de la prochaine mise à jour : août 2015***

***Droits d'auteur***

*L'Association canadienne d'oncologie psychosociale (ACOP) détient les droits d'auteur du présent document. Il est interdit de reproduire le guide et les illustrations qu'il contient sans l'autorisation écrite expresse de l'ACOP. L'ACOP se réserve le droit en tout temps et à sa seule discrétion de modifier ou d'abroger cette autorisation.*

***Avis de non-responsabilité***

*La préparation de l'information contenue dans ce guide de pratique clinique a fait l'objet d'une attention minutieuse. Néanmoins, les personnes qui souhaitent consulter ou appliquer les lignes directrices décrites dans ce document doivent tenir compte de leur propre jugement clinique et leurs compétences, ainsi que du contexte spécifique dans lequel ils évoluent ou demander la supervision d'un clinicien qualifié. Le Partenariat et l'Association canadienne d'oncologie psychosociale ne font aucune assertion et n'offrent aucune garantie de quelque nature que ce soit quant au contenu du présent document, à son utilisation ou à son application, et déclinent toute responsabilité par rapport à son application ou à son utilisation de quelque façon que ce soit.*

***Divulgaration de conflits d'intérêts***

*Tous les membres du groupe consultatif national agissant à titre de groupe d'experts ont rempli une déclaration de divulgation de conflits d'intérêts. L'équipe de rédaction de ce guide de pratique clinique n'a relevé aucun conflit d'intérêts susceptible de compromettre les recommandations énoncées dans le présent document.*



## Table des matières

Résumé .....	3
Question .....	3
Objectif .....	3
Portée et démarche d'évaluation.....	3
Population cible .....	4
Utilisateurs visés .....	4
Introduction .....	5
Méthodologie.....	5
Résultats.....	6
Conclusions.....	7
Recommandations concernant la fatigue liée au cancer.....	7
1. Dépistage.....	7
2. Évaluation globale et évaluation ciblée .....	8
3. Interventions .....	8
Guide complet : compte rendu des données probantes.....	14
Question .....	14
Objectif.....	14
Portée et démarche d'évaluation.....	14
Population cible .....	15
Utilisateurs visés .....	15
Contexte .....	15
Méthodologie.....	16
Résultats.....	18
Caractéristiques des lignes directrices incluses .....	20
Synthèse des données probantes.....	21
Données relatives au dépistage .....	22
Données relatives à l'évaluation .....	23
Données relatives aux interventions.....	28
Forces et faiblesses du corpus de recherche.....	33
Examen externe du rapport sommaire .....	34
Mise en application des recommandations .....	37
Conclusions.....	38
Recommandations concernant la fatigue liée au cancer.....	39
1. Dépistage.....	39
2. Évaluation globale et évaluation ciblée .....	39
3. Interventions .....	40
Annexe I : Matrice des recommandations .....	45
Définitions de la fatigue liée au cancer.....	45

## Résumé

---

### Question

Quels sont les paramètres d'une évaluation optimale suivant le dépistage et les interventions efficaces pour la prise en charge de la fatigue, dépistée par l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS), chez les adultes atteints d'un cancer?

Les indicateurs les plus pertinents sont la réduction de la fatigue ou de la perte d'énergie (vigueur) ainsi qu'une évaluation et une gestion appropriées de la fatigue associée au cancer chez l'adulte.

### Objectif

Le présent guide a pour objet d'informer les autorités de la santé, les directeurs des programmes, les administrateurs et les professionnels de la santé au Canada sur une évaluation optimale après le dépistage et les interventions efficaces pour la prise en charge de la fatigue liée au cancer chez les adultes dont la fatigue a été détectée à l'aide de l'ESAS.

### Portée et démarche d'évaluation

Pour préciser la portée du guide de pratique clinique et la démarche d'évaluation, les définitions qui s'appliquent dans le cadre de ce document sont les suivantes :

#### Dépistage

Le dépistage est une démarche qui donne une vision d'ensemble des problèmes et des inquiétudes d'un patient. Il fait appel à des outils psychométriques validés pour déceler rapidement un problème ou une préoccupation et repérer les patients qui risquent d'avoir des ennuis de santé. Le manque d'énergie est souvent la première manifestation d'un syndrome de fatigue, allant jusqu'à un manque d'énergie extrême, voire un état d'épuisement. Il est important de dépister la fatigue à ses débuts. L'ESAS comporte un item « fatigue » et le score assigné à cet item sert d'indicateur pour l'algorithme et le plan de soins contenus dans ce document. Le dépistage est toutefois insuffisant, et une exploration approfondie du problème à l'aide d'un outil d'évaluation plus précis, doté de seuils cliniques validés, est essentielle pour établir les bonnes stratégies d'intervention.

#### Évaluation globale

Contrairement au dépistage, l'évaluation globale est une exploration détaillée de divers facteurs qui peuvent favoriser la survenue d'un problème particulier, comme la fatigue. Elle fait intervenir un ensemble d'examen, d'inventaires et d'outils de mesure visant à circonscrire les facteurs contribuant aux symptômes. Les domaines pris en compte sont l'état de santé, les stratégies d'adaptation, les facteurs de risque, les antécédents pertinents, la comorbidité, les mesures actuelles pour soulager ou traiter les symptômes ainsi que les valeurs, les préférences et les circonstances sociales du patient. Les prestataires de soins directs, tels les médecins de famille, les oncologues et les professionnels des sciences infirmières, sont chargés d'évaluer la fatigue d'un patient une fois qu'elle a été détectée et sa gravité déterminée à partir

du dépistage initial. L'évaluation globale est généralement suivie d'une évaluation plus ciblée qui oriente les interventions à mettre en œuvre.

### Évaluation ciblée

L'évaluation ciblée vise à préciser le degré de fatigue et les interventions les plus pertinentes, à la suite du dépistage et de l'évaluation globale. Elle permet de cerner les problèmes émergents ou négligés et d'en faciliter la prise en charge ultérieure. L'obtention d'un diagnostic clinique formel peut faire partie d'une évaluation ciblée et est habituellement effectuée par des prestataires de soins directs, qui ont recours à des outils pour déterminer le niveau d'incapacité fonctionnelle causée par la fatigue, une dépression concomitante ou d'autres facteurs favorisants. Les outils avec scores-seuils établis facilitent le repérage des patients qui ont besoin d'être adressés à des spécialistes de la dépression. En cas de dépression associée à la fatigue, le diagnostic clinique ne peut être posé que par un médecin formé et expérimenté dans l'utilisation du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et dont l'une des fonctions est de réaliser des bilans diagnostiques.

### Population cible

Ce guide de pratique concerne les adultes atteints d'un cancer, quels que soient l'étape du parcours de la maladie, le type de cancer, le stade d'évolution ou la modalité de traitement. Il n'aborde pas directement la fatigue avant un diagnostic de cancer, mais reconnaît que la fatigue préexistante est un facteur de risque à inclure dans la démarche d'évaluation. Lorsque des différences s'appliquent (p. ex. interventions thérapeutiques propres à chaque situation clinique), celles-ci sont notées dans le texte.

### Utilisateurs visés

Ce guide de pratique est destiné aux autorités de la santé, aux directeurs des programmes, aux administrateurs et aux professionnels de la santé canadiens qui prodiguent des soins aux adultes atteints d'un cancer. Le document a une visée interprofessionnelle et les recommandations qu'il contient s'adressent aux prestataires de soins directs (professionnels des sciences infirmières, travailleurs sociaux, médecins de famille) qui œuvrent dans divers établissements de soins. Le champ de compétence des différentes professions varie en fonction des normes de réglementation provinciales ou professionnelles, et les utilisateurs devront faire preuve de savoir-faire et de jugement pour déterminer si l'application des recommandations fait partie de leur champ de compétences. Ce document ne vise pas à formuler des recommandations à l'intention des médecins spécialistes (hématologues, immunologues, psychiatres et autres). Selon les facteurs contribuant à la fatigue pour un patient donné, les autres guides de pratique clinique devraient être consultés (p. ex. ceux sur les difficultés de sommeil, la douleur ou la dépression). Les utilisateurs voudront peut-être adapter les recommandations en fonction de leur cadre de travail et des ressources en santé accessibles.

## Introduction

La fatigue liée au cancer ou aux traitements anticancéreux diffère de celle ressentie dans le quotidien de la population adulte en général. Bien que les définitions varient, la fatigue associée au cancer comporte invariablement une sensation subjective de manque d'énergie ou d'épuisement due au cancer ou à son traitement, qui est disproportionnée au niveau d'effort récent, n'est pas soulagée par le repos et perturbe le fonctionnement au quotidien. Vu la forte prévalence de fatigue parmi les personnes vivant avec un cancer, il faut procéder fréquemment à un dépistage et à une évaluation afin de pouvoir instaurer le traitement qui convient avant que la fatigue ne mine la qualité de vie.

## Méthodologie

### Élaboration du guide de pratique clinique

Le groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer a mis sur pied un groupe consultatif national pour rédiger un document d'orientation pancanadien sur le dépistage, l'évaluation et le traitement de la fatigue qui accompagne le cancer chez les adultes. Le but précis était d'élaborer des algorithmes et des recommandations à adopter par les professionnels de la santé qui soignent des adultes atteints d'un cancer. Un autre objectif était d'émettre les recommandations sous forme d'énoncés d'action en vue de développer un produit du savoir pouvant être intégré dans un plan de mise en œuvre destiné aux fournisseurs de soins directs.

### Recherche documentaire

Une recherche systématique a été effectuée dans les bases de données médicales, les sites Web de concepteurs de lignes directrices et les publications médicales dans le but de relever les guides de pratique clinique, les revues systématiques et autres documents d'orientation portant sur le dépistage, l'évaluation et la prise en charge de la fatigue liée au cancer chez les adultes. La recherche visait les données répertoriées dans les banques MEDLINE, EMBASE, CINAHL et la bibliothèque Cochrane jusqu'en décembre 2009.

### Stratégie de recherche

La recherche a été faite à l'aide des termes suivants, utilisés seuls ou combinés : *cancer, neoplasm, fatigue, asthenia, cancer fatigue, screening, assessment, interventions, guidelines, recommendations, practice guidelines, management of cancer-related fatigue, pharmacological treatments et non-pharmacological treatments.*

### Critères de sélection des études

Les guides de pratique clinique et autres documents d'orientation publiés après 2003 et en langue anglaise pouvaient être inclus, notamment les lignes directrices, les pratiques factuelles ou pratiques exemplaires relatives au dépistage, à l'évaluation, au traitement (pharmacologique et non pharmacologique) ou à la prise en charge globale des symptômes de fatigue chez les adultes ayant un cancer.

### *Résultats de la recherche documentaire*

On a extrait deux guides de pratique clinique de la recherche documentaire, soit ceux du *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) et de l'*Oncology Nursing Society* (ONS). De plus, sept documents d'orientation et quatre revues systématiques ont été utilisés comme sources complémentaires d'information, quoique surtout indirectes, pour aider à l'élaboration des algorithmes et des recommandations en matière de dépistage et d'interventions.

### *Évaluation critique*

La qualité de l'information contenue dans les deux guides de pratique clinique a été évaluée à l'aide de la grille AGREE II. Les scores ont été attribués par au moins deux examinateurs indépendants. La qualité des données provenant des sources additionnelles n'a pas été évaluée.

## **Résultats**

Les arguments qui sous-tendent les guides de pratique clinique et la documentation complémentaire retenus proviennent d'essais contrôlés randomisés (ECR) et d'opinions consensuelles d'experts. Dans l'ensemble, les données soutiennent que le dépistage de la fatigue devrait comprendre une anamnèse détaillée pour déterminer l'étape de traitement, le profil de la fatigue, les répercussions sur les différents aspects fonctionnels et les facteurs favorisants, en particulier ceux qui sont réversibles. Les patients devraient également être renseignés sur la fatigue, la gestion des symptômes et les services offerts au sein de l'établissement ou de la collectivité. Après avoir traité les causes réversibles de la fatigue (dépression, anémie, anxiété, douleur, carences nutritives, hypothyroïdie), les interventions non pharmacologiques sont les suivantes :

- augmentation des activités et de l'exercice;
- stratégies d'économie d'énergie;
- gestion du stress et interventions psychosociales;
- réduction des difficultés du sommeil.

Parmi les mesures non pharmacologiques de soulagement de la fatigue, l'exercice et les interventions psychosociales sont les mesures qui sont les mieux étayées par des essais cliniques randomisés. Les interventions psychosociales englobent les stratégies psycho-éducatives ou cognitivocomportementales, les groupes de soutien, les séances de thérapie individuelles et la gestion du stress. Il existe une panoplie de traitements pharmacologiques de la fatigue associée au cancer, mais les preuves scientifiques appuyant leur emploi sont peu concluantes et, en attendant des études plus rigoureuses, le rapport entre leurs bienfaits et leurs inconvénients n'est pas assez clair pour en recommander l'usage.

### **Examen externe**

Une version préliminaire de ce rapport a été distribuée à 25 professionnels de la santé qui prodiguent des soins aux adultes atteints d'un cancer au Canada pour qu'ils puissent en prendre connaissance et formuler leurs commentaires. La majorité des répondants ont appuyé les recommandations, et leurs observations ont permis d'apporter des modifications aux plans de soins.



## Conclusions

Le groupe consultatif national a conclu qu'il est justifié d'incorporer un dépistage systématique de la fatigue dans les soins usuels offerts aux adultes atteints d'un cancer à l'aide d'outils de dépistage standardisés. Des évaluations globales et ciblées sont nécessaires pour établir la gravité et la nature des symptômes de fatigue et leurs répercussions sur le fonctionnement physique. Les membres de l'équipe clinique interprofessionnelle partagent la responsabilité des évaluations et du traitement. Lorsque des symptômes sont décelés, l'équipe clinique doit déterminer à quel moment aiguiller le patient vers un professionnel de la santé qualifié, en fonction des facteurs qui contribuent à la fatigue ou à partir des scores de seuil clinique établis par des outils valides et fidèles.

En matière de traitement, la fatigue et la faiblesse peuvent être liées à d'autres affections décelables et curables, comme la dépression et l'anémie. Les facteurs favorisants réversibles doivent être traités en premier, et des interventions non pharmacologiques ou psychosociales, telles l'activité physique et la thérapie cognitivocomportementale, sont à envisager pour réduire le stress et accroître la qualité du sommeil. Le groupe consultatif national a étudié l'usage d'agents pharmacologiques pour soulager la fatigue et ne les recommande pas à l'heure actuelle, puisqu'ils ont été jugés comme étant au stade expérimental.

Il faut adapter la prise en charge de la fatigue associée au cancer aux besoins de chaque patient, qui devrait être pleinement informé des options et prendre part aux décisions en matière d'auto-traitement. Chaque établissement ou clinique devrait avoir des protocoles uniformisés de gestion de la fatigue, tenant compte des attentes ou des exigences de l'équipe clinique, dont un processus de référence vers les spécialistes appropriés.

## Recommandations concernant la fatigue liée au cancer

---

Les recommandations et les outils d'application qui suivent reposent sur un consensus du groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer, composé d'experts cliniques et de chercheurs dans le domaine de la fatigue, et éclairé essentiellement par deux guides de pratique clinique produits par des groupes crédibles de formulation de lignes directrices<sup>1,2</sup>.

### 1. Dépistage

*(Recommandations fondées sur un consensus du groupe consultatif national, étayées par des preuves de catégorie 2A du NCCN et l'opinion d'experts de l'ONS\*)*

- Tous les professionnels de la santé devraient dépister régulièrement la présence de fatigue à partir du diagnostic.
- Soumettre tous les patients à un dépistage de la fatigue à leur première consultation, puis à intervalles réguliers (tous les jours pour les patients hospitalisés, lors des visites de routine et des contrôles pour les consultations

---

\* Consulter les lignes directrices du NCCN et de l'ONS pour la description des niveaux de preuve.



externes et autoenregistrement pour les patients en post-traitement) et selon la situation clinique, surtout lorsque l'état de la maladie change.

- Effectuer le dépistage avec des outils valides et fidèles comportant des dimensions (mesurables) pertinentes sur le plan clinique et des scores cliniques établis (p. ex. outil de dépistage de la détresse, incluant l'ESAS et la liste canadienne de vérification des problèmes [CPC]).
- Dans le cas des patients hospitalisés qui sont incapables d'attribuer une cote à leur fatigue, utiliser une échelle nominale (légère-moderée-grave).

## 2. Évaluation globale et évaluation ciblée

*(Recommandations fondées sur un consensus du groupe consultatif national, étayées par des preuves de catégorie 2A du NCCN, des données de catégorie « probablement efficace » de l'ONS et l'opinion d'experts de l'ONS\*)*

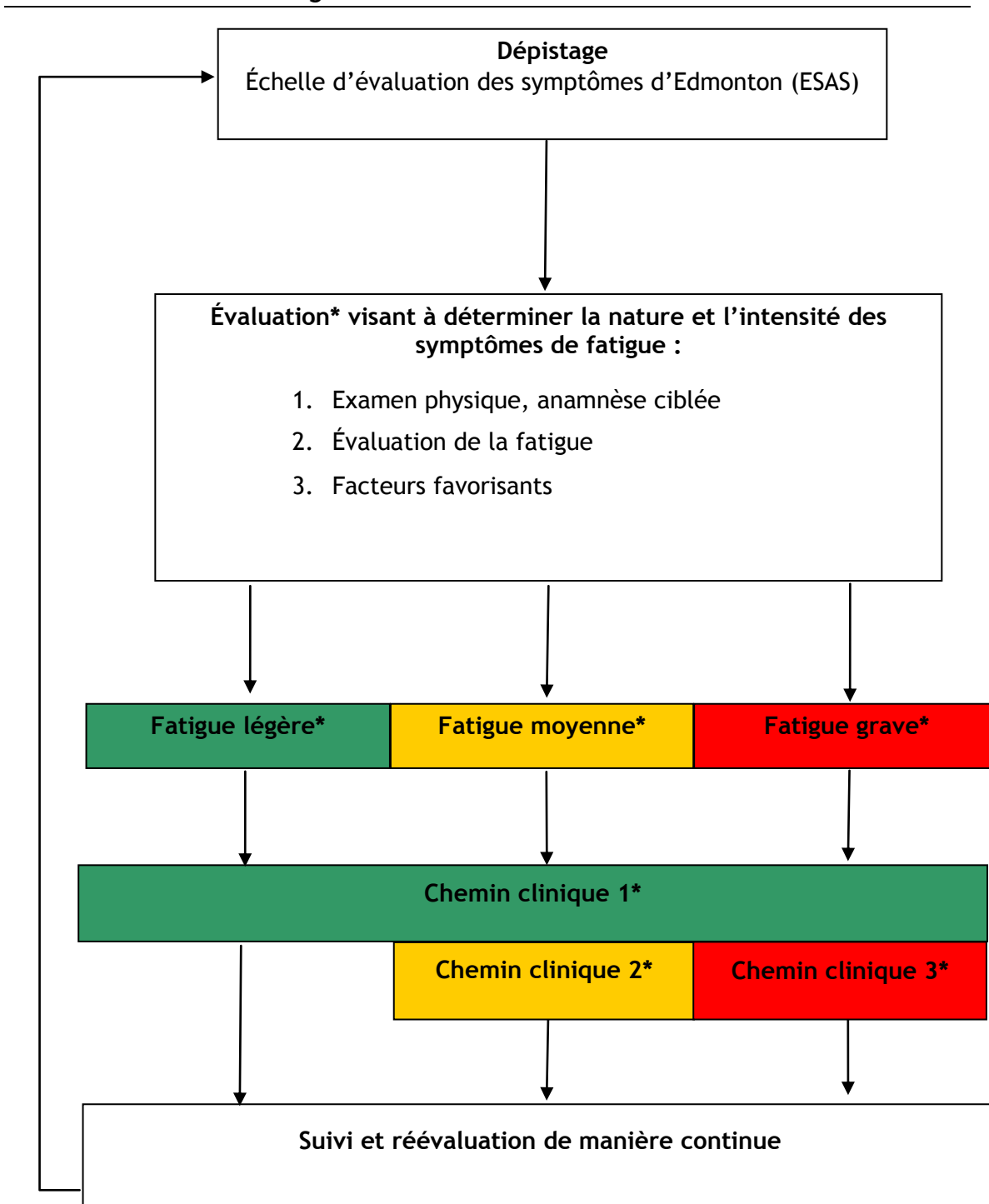
- Soumettre les patients chez qui on a détecté une fatigue moyenne ou grave (score supérieur à 4 sur l'ESAS) à une évaluation globale et ciblée pour définir la nature et la gravité des symptômes.
- Exclure les causes médicales ou liées à la prise de substances (p. ex. anémie, infection, carences nutritives, effets secondaires des traitements ou des médicaments).
- Les évaluations sont la responsabilité partagée des membres de l'équipe clinique, en fonction du champ de compétence de chacun.
- L'évaluation devrait comprendre l'histoire de la fatigue (étape du parcours du cancer, niveau d'activité avant le traitement, moment d'apparition, profil et durée de la fatigue, évolution au fil du temps, répercussions sur le fonctionnement et le quotidien), la recherche des facteurs favorisants (dépression, anémie, douleur, nausées, trouble du sommeil, affections concomitantes), un examen physique, une revue des symptômes et une auto-évaluation des causes contribuant à la fatigue.
- Promouvoir une bonne communication entre le patient, les membres de la famille et l'équipe clinique afin de stimuler les échanges sur la réalité du patient et les conséquences de la fatigue sur son fonctionnement au quotidien.
- L'équipe clinique partage la responsabilité de déterminer à quel moment le patient doit être adressé à un professionnel dûment formé (tous les patients qui ont un score ESAS correspondant à une fatigue grave, certains signes ou symptômes accompagnateurs, ou un seuil clinique défini par des outils d'évaluation des symptômes de fatigue valides et fidèles).

## 3. Interventions

*(Recommandations fondées sur un consensus du groupe consultatif national, étayées par des preuves de catégorie 1 et 2A du NCCN, des données de catégorie « recommandé en pratique » et « probablement efficace » de l'ONS et l'opinion d'experts de l'ONS\*)*

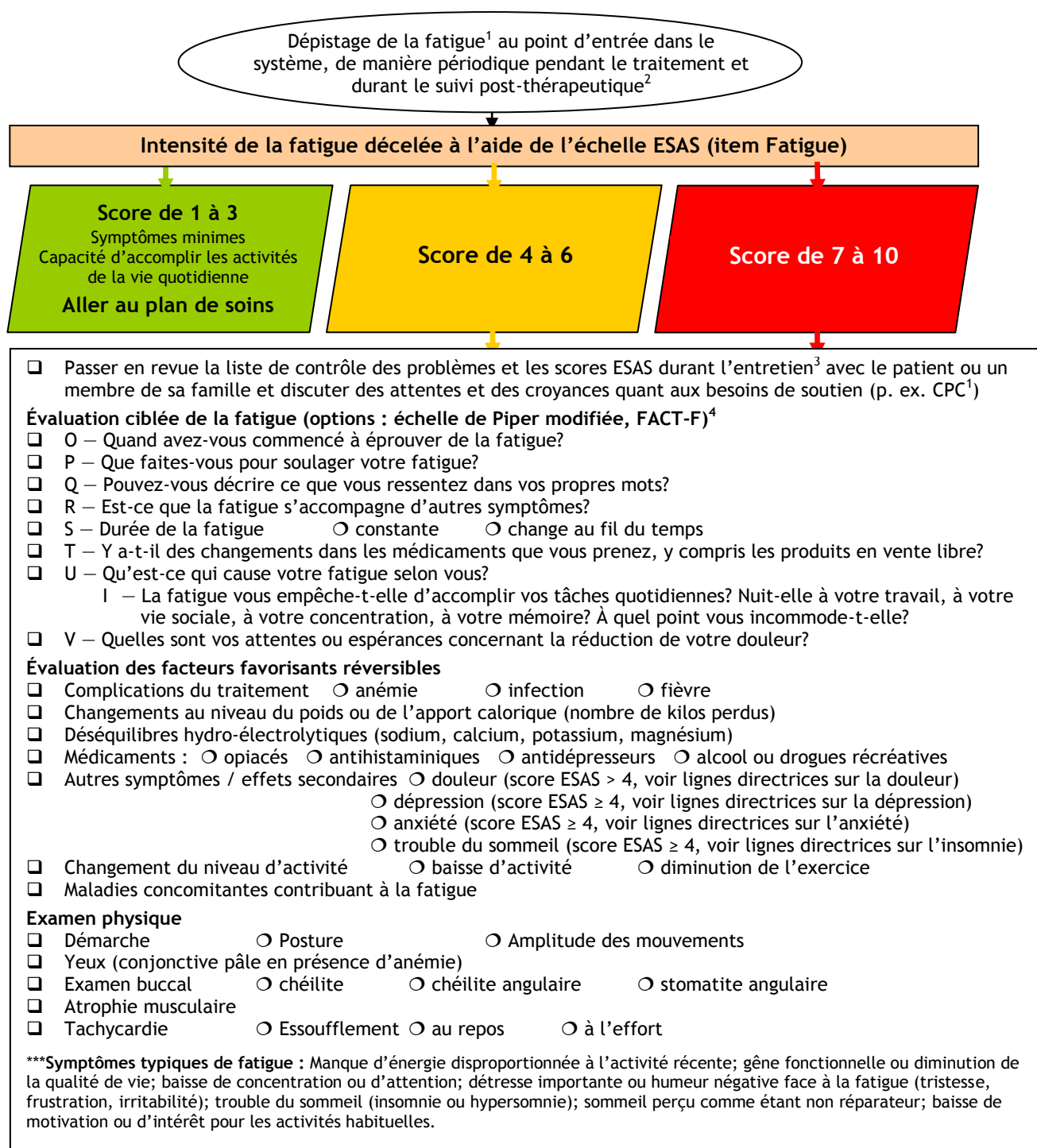
- Corriger d'abord les facteurs qui contribuent à la fatigue, de nature médicale ou liés à la prise d'une substance (p. ex. douleur, dépression, anxiété, anémie, trouble du sommeil, carences nutritives, niveau d'activité, effets secondaires des médicaments, affections concomitantes).
- Sauf contre-indication, encourager les patients à pratiquer des activités physiques de moyenne intensité pendant et après le traitement anticancéreux (30 minutes d'activité physique modérée la plupart des jours); cela comprend un entraînement cardiorespiratoire (marche rapide, vélo, natation) et des exercices musculaires (poids).
- Les autres interventions non pharmacologiques englobent une consultation diététique, l'amélioration de la qualité du sommeil, les stratégies psychosociales d'adaptation à la fatigue (thérapie cognitivocomportementale, gestion du stress ou groupes de soutien), la relaxation, le massage et les activités de restauration de l'attention, par exemple une retraite dans la nature).
- Songer à diriger les patients sous traitement actif ou en post-traitement qui ressentent une fatigue moyenne ou grave vers un service de réadaptation, en physiothérapie, ergothérapie ou psychiatrie.
- Offrir à tous les patients un enseignement sur la fatigue avant le début du traitement et au moment du dépistage de la fatigue, ainsi que des conseils sur les stratégies de gestion de la fatigue (activité physique, économie d'énergie, réduction du stress, distraction).
- Le recours aux médicaments contre la fatigue associée au cancer (psychostimulants, somnifères, corticostéroïdes à faible dose administrés à l'essai, tels que la prednisone ou la dexaméthasone) est considéré comme expérimental à l'heure actuelle et est donc déconseillé, sauf pour la fatigue extrême chez certains patients en fin de vie.
- Promouvoir une autosurveillance continue du degré de fatigue même après la fin des traitements car la fatigue peut apparaître plus tard ou devenir une conséquence à long terme du cancer ou son traitement.
- Répéter au besoin le dépistage (ESAS) et l'évaluation chez les patients qui reçoivent un traitement ou qui ont un cancer avancé évolutif afin de détecter tout changement concernant les dimensions subjectives et objectives de la fatigue.

**Algorithme : Dépistage, évaluation et interventions –  
Fatigue liée au cancer chez les adultes**



\* Les composantes de l'algorithme sont détaillées à la page suivante.

Dépistage et évaluation : fatigue chez les adultes atteints d'un cancer\*



\* Consulter au préalable le guide complet pour la définition des abréviations, l'énoncé sur les droits d'auteur et l'avis de non-responsabilité.

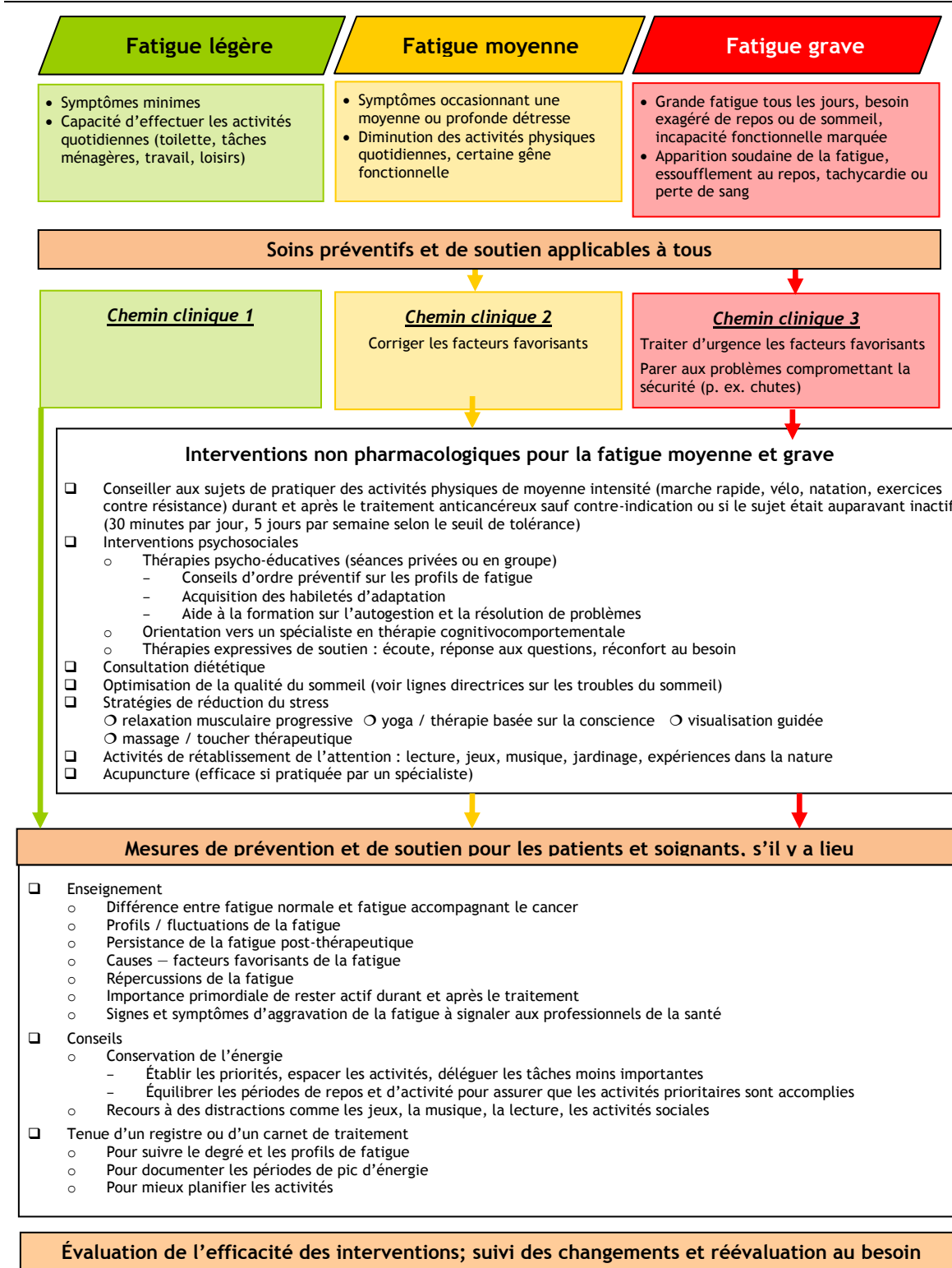
1 Utiliser l'outil de dépistage de la détresse (SDT), englobant l'échelle ESAS et la liste canadienne de vérification des problèmes (CPC).

2 Au moment du diagnostic initial, au début des traitements, à intervalles réguliers au cours des traitements, au terme des traitements, durant le suivi ou lors de la transition vers la survie, au moment d'une rechute ou d'une progression, à un stade avancé de la maladie, à l'article de la mort et lors de transitions personnelles ou d'une réévaluation, par exemple en situation de crise familiale, durant la survie, en fin de vie.

3 L'équipe d'oncologie peut comprendre chirurgiens, oncologues, médecins de famille, personnel infirmier, travailleurs sociaux, psychologues, orienteurs et autres professionnels de la santé.

4 Acronyme OPQRSTU(I)V : O = Onset (origine); P = Provoking/Palliating (= facteurs qui provoquent / atténuent la fatigue); Q = Quality (qualité); R = Region or Radiating (région / retentissement); S = Severity & Duration (sévérité et durée); T = Treatment (traitement); U = Understanding (compréhension)/I = Impact (impact); V = Values (visées)

**Plan de soins : fatigue chez les adultes atteints d'un cancer\***



\*Consulter le guide complet pour la description des interventions suggérées, l'énoncé sur les droits d'auteur et l'avis de non-responsabilité.

## Échelle ESAS et liste canadienne de vérification des problèmes

### Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS)

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Veillez encercler le chiffre décrivant le mieux ce que vous ressentez :

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible
Aucune fatigue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire fatigue possible
Aucune nausée	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pires nausées possibles
Aucune dépression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire dépression possible
Aucune anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire anxiété possible
Aucune somnolence	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire somnolence possible
Meilleur appétit possible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire appétit possible
Meilleure sensation de bien-être	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire sensation de mal-être possible
Aucun essoufflement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire essoufflement possible
Autre problème	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Rempli par :

- Patient
  Famille  
 Professionnel de la santé
  Avec l'aide de la famille ou d'un professionnel de la santé

### Liste canadienne de vérification des problèmes

Parmi les éléments de chacun des domaines énumérés ci-dessous, veuillez cocher tous ceux qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous au cours de la semaine écoulée, incluant aujourd'hui :

**Pratique :**

- Travail/études
- Situation financière
- Déplacements pour les rendez-vous
- Logement

**Émotionnel :**

- Peurs/inquiétudes
- Tristesse
- Colère/frustration
- Changement d'apparence
- Intimité/sexualité

**Spirituel :**

- Questionnement sur le sens de la vie
- Foi/croyances

**Social et familial :**

- Impression d'être un fardeau
- Préoccupations envers la famille ou les amis
- Sentiment de solitude

**Informationnel :**

- Nature de la maladie et des traitements
- Communication avec l'équipe soignante
- Prise de décisions face aux traitements
- Ressources disponibles

**Physique :**

- Concentration/mémoire
- Sommeil
- Poids



## Guide complet : compte rendu des données probantes

---

### Question

Quels sont les paramètres d'une évaluation optimale suivant le dépistage et les interventions efficaces pour la prise en charge de la fatigue, détectée par l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS), chez les adultes atteints d'un cancer?

Les indicateurs les plus pertinents sont la réduction de la fatigue ou de la perte d'énergie (vigueur) ainsi qu'une évaluation et une gestion appropriées de la fatigue associée au cancer chez l'adulte.

### Objectif

Ce guide vise à informer les autorités de la santé, les directeurs des programmes, les administrateurs et les professionnels de la santé au Canada sur l'évaluation optimale après le dépistage et les interventions efficaces pour la prise en charge de la fatigue liée au cancer chez les adultes dont la fatigue a été décelée à l'aide de l'ESAS.

### Portée et démarche d'évaluation

Pour préciser la portée du guide de pratique clinique et la démarche d'évaluation, les définitions qui s'appliquent dans le cadre de ce document sont les suivantes :

#### Dépistage

Le dépistage est une démarche qui donne une vision d'ensemble des problèmes et des inquiétudes d'un patient. Il fait appel à des outils psychométriques validés pour déceler rapidement un problème ou une préoccupation et repérer les patients qui risquent d'avoir des ennuis de santé. Le manque d'énergie est souvent la première manifestation d'un syndrome de fatigue, allant jusqu'à un manque d'énergie extrême, voire un état d'épuisement. Il est important de dépister la fatigue à ses débuts. L'ESAS comporte un item « fatigue » et le score assigné à cet item sert d'indicateur pour l'algorithme et le plan de soins contenus dans ce document. Le dépistage est toutefois insuffisant, et une exploration approfondie du problème à l'aide d'un outil d'évaluation plus précis, doté de seuils cliniques validés, est essentielle pour établir les bonnes stratégies d'intervention.

#### Évaluation globale

Contrairement au dépistage, l'évaluation globale est une exploration détaillée de divers facteurs qui peuvent favoriser la survenue d'un problème particulier, comme la fatigue. Elle fait intervenir un ensemble d'examen, d'inventaires et d'outils de mesure visant à circonscrire les facteurs contribuant aux symptômes. Les domaines pris en compte sont l'état de santé, les stratégies d'adaptation, les facteurs de risque, les antécédents pertinents, la comorbidité, les mesures actuelles pour soulager ou traiter les symptômes ainsi que les valeurs, les préférences et les circonstances sociales du patient. Les prestataires de soins directs, tels les médecins de famille, les oncologues et les professionnels des sciences infirmières, sont chargés d'évaluer la fatigue d'un patient une fois qu'elle a été détectée et sa gravité déterminée à partir du dépistage initial. L'évaluation globale est généralement suivie d'une évaluation plus ciblée qui oriente les interventions à mettre en œuvre.



## Évaluation ciblée

L'évaluation ciblée vise à préciser le degré de fatigue et les interventions les plus pertinentes, à la suite du dépistage et de l'évaluation globale. Elle permet de cerner les problèmes émergents ou négligés et d'en faciliter la prise en charge ultérieure. L'obtention d'un diagnostic clinique formel peut faire partie d'une évaluation ciblée et est habituellement effectuée par des prestataires de soins directs, qui ont recours à des outils pour déterminer le niveau d'incapacité fonctionnelle causée par la fatigue, une dépression concomitante ou d'autres facteurs favorisants. Les outils avec scores-seuils établis facilitent le repérage des patients qui ont besoin d'être adressés à des spécialistes de la dépression. En cas de dépression associée à la fatigue, le diagnostic clinique ne peut être posé que par un médecin formé et expérimenté dans l'utilisation du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et dont l'une des fonctions est de réaliser des bilans diagnostiques.

## Population cible

Ce guide de pratique concerne les adultes atteints d'un cancer, quels que soient l'étape du parcours de la maladie, le type de cancer, le stade d'évolution ou la modalité de traitement. Il n'aborde pas directement la fatigue avant un diagnostic de cancer, mais reconnaît que la fatigue préexistante est un facteur de risque à inclure dans la démarche d'évaluation. Lorsque des différences s'appliquent (p. ex. interventions thérapeutiques propres à chaque situation clinique), celles-ci sont notées dans le texte.

## Utilisateurs visés

Ce guide de pratique est destiné aux autorités de la santé, aux directeurs des programmes, aux administrateurs et aux professionnels de la santé canadiens qui prodiguent des soins aux adultes atteints d'un cancer. Le document a une visée interprofessionnelle et les recommandations qu'il contient s'adressent aux prestataires de soins directs (professionnels des sciences infirmières, travailleurs sociaux, médecins de famille) qui œuvrent dans divers établissements de soins. Le champ de compétence des différentes professions varie en fonction des normes de réglementation provinciales ou professionnelles, et les utilisateurs devront faire preuve de savoir-faire et de jugement pour déterminer si l'application des recommandations fait partie de leur champ de compétences. Ce document ne vise pas à formuler des recommandations à l'intention des médecins spécialistes (hématologues, immunologues, psychiatres et autres). Selon les facteurs contribuant à la fatigue pour un patient donné, les autres guides de pratique clinique devraient être consultés (p. ex. ceux sur les difficultés de sommeil, la douleur ou la dépression). Les utilisateurs voudront peut-être adapter les recommandations en fonction de leur cadre de travail et des ressources en santé accessibles.

## Contexte

La fatigue liée au cancer ou aux traitements anticancéreux diffère de celle ressentie dans le quotidien de la population adulte en général. Bien que les définitions varient, la fatigue associée au cancer comporte invariablement une sensation subjective de manque d'énergie ou d'épuisement due au cancer ou à son traitement, qui est

disproportionnée au niveau d'effort récent, n'est pas soulagée par le repos et perturbe le fonctionnement au quotidien<sup>1</sup>.

La fatigue a tendance à s'atténuer une fois les traitements terminés, mais elle peut se manifester à toutes les étapes de la trajectoire de la maladie, y compris au post-traitement<sup>1,3,4,5</sup>. La fatigue associée au cancer est très fréquente, sa prévalence variant de 17 à 66 % chez les personnes qui ont eu un cancer du sein<sup>3</sup> et de 70 à 100 % parmi les personnes atteintes d'un cancer en général<sup>1</sup>. Dans bien des cas, la fatigue est la conséquence la plus pénible du cancer – pire que la douleur ou les nausées – et celle qui entrave le plus le fonctionnement normal<sup>6,7</sup>. Comme elle limite la capacité d'effectuer les activités de la vie quotidienne et qu'elle altère les rôles personnels et sociaux au sein de la famille et de la collectivité, elle peut détériorer considérablement la qualité de vie globale<sup>1,8</sup>.

Bien que les mécanismes sous-tendant l'apparition et la persistance de la fatigue liée au cancer n'aient pas été complètement élucidés, il est généralement admis que la fatigue associée au cancer est multifactorielle, résultant d'une combinaison complexe de facteurs physiques, mentaux, émotionnels, environnementaux, physiologiques et pathologiques interreliés<sup>9</sup>. La perception des symptômes semble également constituer un facteur favorisant<sup>10</sup>. Les principaux facteurs médicaux sous-jacents sont l'anémie, les facteurs relatifs à la maladie et à son traitement (entre autres, infections et mécanismes biologiques comme les cytokines pro-inflammatoires) et la comorbidité<sup>1,11</sup>. Les carences nutritives, la baisse d'activité et les symptômes qui escortent la fatigue, tels que les difficultés de sommeil, la douleur, l'anxiété et la dépression, sont d'autres facteurs favorisants<sup>1,4,12</sup>. Malgré son caractère dévastateur, la fatigue qui accompagne le cancer demeure un problème gravement sous-diagnostiqué et négligé<sup>8,13</sup>. Vu sa forte prévalence, il est essentiel de procéder fréquemment à un dépistage et à une évaluation afin de pouvoir instaurer le traitement qui convient avant que la fatigue ne perturbe la qualité de vie<sup>1,14</sup>.

On ignore les causes précises de la fatigue liée au cancer, mais il existe des travaux de recherche pour aider les fournisseurs de soins à prévenir et à traiter la fatigue en oncologie. L'objet de ce guide est de fournir des renseignements et des conseils pratiques aux professionnels de la santé qui procèdent au dépistage et à la prise en charge de la fatigue associée au cancer chez l'adulte.

## Méthodologie

### Élaboration du guide de pratique

Le groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer a mis sur pied un groupe consultatif national pour rédiger un document d'orientation pancanadien sur le dépistage, l'évaluation et le traitement de la fatigue qui accompagne le cancer chez les adultes. Le but précis était d'élaborer des algorithmes et des recommandations à adopter par les professionnels de la santé qui soignent des adultes atteints d'un cancer. Un autre objectif était d'émettre les recommandations sous forme d'énoncés d'action en vue de développer un produit du savoir pouvant être intégré dans un plan de mise en œuvre destiné aux fournisseurs de soins directs.

Ce guide a été élaboré conformément à la méthodologie ADAPTE<sup>15,16</sup>, et la qualité des recommandations a été jugée en conformité avec la convention AGREE II<sup>17,18</sup>.

Avant publication, le groupe consultatif national a distribué la version préliminaire du rapport à plusieurs reprises au groupe consultatif sur l'expérience du cancer pour recueillir des commentaires sur la cueillette, l'interprétation et la synthèse des données ainsi que sur le fond et la forme des recommandations et des algorithmes probants. Les membres du groupe consultatif ont lu et commenté la version finale du rapport avant de se rallier à un consensus.

Le groupe consultatif national regroupe les professionnels suivants : professionnels des sciences infirmières, psychologues, administrateur, éducateur en santé, nutritionniste, chercheurs, coordonnateur des lignes directrices provinciales en oncologie expert sur chacun des enjeux, pharmacien, coordonnateur de la recherche et spécialiste en méthodologie de lignes directrices. Deux des membres ont survécu à un cancer, question d'assurer que le document reflète également les opinions des consommateurs. En outre, des experts cliniques en matière de fatigue ont revu en profondeur le guide pour garantir la conformité des recommandations avec les données empiriques actuelles et la justesse des arguments.

Dans le cadre d'un examen externe, des spécialistes de contenu et des intervenants clés de tous les coins du pays ont été invités à relire le document et à fournir leurs commentaires. Un consensus final a été obtenu par vote formel des 16 membres du groupe consultatif sur l'expérience du cancer : 13 ont approuvé le document dans sa forme originale, un a demandé une correction mineure et deux se sont abstenus de voter.

### **Plan de mise à jour**

Dans le cadre d'une stratégie de mise à jour, la littérature sera dépouillée périodiquement (deux fois par année), et le guide sera actualisé à la lumière des nouveaux faits ou de données concluantes. Ce guide est le fruit d'une collaboration entre le groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer et l'Association canadienne d'oncologie psychosociale.

### **Recherche documentaire**

Une recherche de guides de pratique clinique et de revues systématiques répertoriés jusqu'en décembre 2009 a été effectuée à l'aide des bases de données suivantes : MEDLINE, EMBASE, CINAHL, bibliothèque Cochrane, Guidelines International Network ([www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net)), National Guidelines Clearinghouse ([www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)) et répertoire des normes et lignes directrices factuelles du Partenariat canadien contre le cancer ([www.cancerview.ca](http://www.cancerview.ca)). On a également interrogé le site Web du NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), du SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network), du NCCN (National Comprehensive Cancer Network) et d'organismes provinciaux tels que Action Cancer Ontario, Vancouver Island Health Authority et Fraser Health de la Colombie-Britannique et Action Cancer Nouvelle-Écosse.

Comme mesure de contrôle de la qualité, les résultats de la recherche documentaire ont été comparés à ceux d'une analyse contextuelle des normes, lignes directrices ou guides de pratique sur les soins psychosociaux, de soutien ou palliatifs réalisée par le Partenariat canadien contre le cancer en mars 2007 à ceux d'une recherche

documentaire sur la fatigue effectuée par le groupe pancanadien CO-STaRS (Oncology Symptom Triage and Remote Support). Cette dernière, qui comprenait un sommaire et une recherche par titres effectuée sur EMBASE, MEDLINE, PsychINFO et CINAHL (2004-2010), a pris fin en janvier 2010.

### *Stratégie de recherche*

La recherche a été effectuée à l'aide des termes suivants, utilisés seuls ou combinés : *cancer, neoplasm, fatigue, asthenia, cancer fatigue, screening, assessment, interventions, guidelines, recommendations, practice guidelines, management of cancer-related fatigue, pharmacological and non-pharmacological treatments.*

### *Critères de sélection des études*

Pour être sélectionnés, les guides de pratique clinique, les revues systématiques et autres documents d'orientation, comme ceux décrivant des pratiques factuelles ou des pratiques exemplaires, devaient porter sur le dépistage, l'évaluation, le traitement (pharmacologique ou non pharmacologique) ou la prise en charge globale des symptômes de fatigue. Les populations ciblées devaient inclure des adultes (18 ans et plus) atteints d'un cancer, sans égard au type, au stade d'évolution et à l'étape de la trajectoire de la maladie et qu'ils aient reçu diverses modalités de traitement ou n'étant pas encore traités. Les documents devaient avoir été publiés après 2003 et être rédigés en anglais.

Les mesures prises en compte étaient la réduction de la fatigue associée au cancer ou de la perte d'énergie (vigueur), un dépistage ou une évaluation pertinente et la prise en charge appropriée de la fatigue. Les outils d'évaluation de la fatigue pouvaient être des échelles validées ou toute méthode d'auto-évaluation. La fatigue pouvait être mesurée en termes d'intensité, de durée et de fréquence, entre autres caractéristiques.

## Résultats

Deux guides de pratique clinique ont été retenus et ont constitué le corpus de base de connaissances pour l'élaboration du présent guide, soit ceux du NCCN1 et de l'ONS2. De plus, sept documents d'orientation<sup>19-25</sup> et quatre revues systématiques<sup>26-29</sup> ont été utilisés comme sources d'information complémentaire, quoique surtout indirecte, documentant l'élaboration des algorithmes et des recommandations en matière de dépistage et d'interventions.

Les deux guides de pratique ont été sélectionnés en vertu de leur rigueur scientifique, de leur actualité et de leur qualité. Depuis la recherche documentaire originale, une mise à jour du guide sur la fatigue du NCCN a été publiée<sup>30</sup>, mais comme il n'y avait pas de différences substantielles entre les deux versions, le présent rapport n'a pas été modifié pour refléter la plus récente version.

On a repéré et dépouillé 19 guides de pratique, documents d'orientation et revues systématiques comme références complémentaires. Douze ont été rejetés pour les raisons suivantes : cinq s'appuyaient sur des données publiées avant 2003 ou n'étaient pas des guides de pratique (information grand public, sommaires cliniques, articles sur des lignes directrices), quatre ne portaient pas précisément sur la fatigue associée au cancer (syndrome de fatigue chronique, etc.) et trois ne décrivaient pas de manière

exhaustive la gestion de la fatigue associée au cancer (information de cursus et lignes directrices portant sur un sujet différent, etc.) Les documents de soutien ont été inclus pour clarifier l'information de base, fournir des détails sur les lignes directrices et combler les lacunes dans les connaissances.

Les quatre revues systématiques n'ont pas fait l'objet d'un examen formel de la qualité, mais on a vérifié qu'elles décrivaient explicitement comment les études avaient été sélectionnées (critères d'inclusion et d'exclusion clairs) et évaluées, ainsi que les efforts fournis afin de réduire les biais et la manière dont les études ont été résumées pour former les recommandations.

**Tableau 1. Résultats de la recherche documentaire**

<b>Auteur</b>	<b>Année (Référence) Titre</b>
<b>Lignes directrices de pratique clinique</b>	
NCCN 2009 <sup>1</sup>	NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Cancer-Related Fatigue, V.2.2009
ONS 2007 <sup>2</sup>	Putting Evidence into Practice (PEP): Evidence-Based Interventions for Fatigue During and Following Cancer and Its Treatment
<b>Documents d'orientation à l'appui</b>	
ONS 2009 <sup>19</sup>	Putting Evidence into Practice: Improving Oncology Patient Outcomes
PCCC/ACOP 2009 <sup>20</sup>	Guide pancanadien de pratique clinique : évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte atteint d'un cancer
ACO 2004 <sup>21</sup>	Pratiques des soins infirmiers au téléphone et lignes directrices pour le traitement des symptômes
ACO 2005 <sup>22</sup>	Palliative Care Collaborative Care Plan – Fatigue (cancer patients): Collaborative Care Plan for Fatigue
PCCC 2009 <sup>23</sup>	Guide d'implantation du dépistage de la détresse, le 6 <sup>e</sup> signe vital : vers des soins centrés sur la personne. Partie A : Contexte, recommandations et implantation
Fraser 2006 <sup>24</sup>	Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines
NCI 2010 <sup>25</sup>	Fatigue (PDQ®): Supportive care – Health Professional Information
<b>Revue systématique</b>	
Brown 2009 <sup>26</sup>	Cancer-Related Fatigue and Its Association with Depression and Anxiety: A Systematic Review
Cramp 2008 <sup>27</sup>	Exercise for the Management of Cancer-Related Fatigue in Adults
Goedendorp 2009 <sup>28</sup>	Psychosocial Interventions for Reducing Fatigue during Cancer Treatment in Adults
Kirkova 2006 <sup>29</sup>	Cancer Symptom Assessment Instruments: A Systematic Review

NCCN = National Comprehensive Cancer Network

ONS = Oncology Nursing Society

PCCC = Partenariat canadien contre le cancer

ACOP : Association canadienne d'oncologie psychosociale

Fraser = Fraser Health

ACO = Action Cancer Ontario

NCI = National Cancer Institute

### *Appréciation critique*

Le tableau 2 montre que les deux guides de pratique ont été évalués pour la qualité de la méthodologie à l'aide de la grille AGREE II. La grille AGREE II est un outil

d'évaluation critique qui est très utile pour guider le choix des lignes directrices de la meilleure qualité pour usage clinique<sup>17</sup>. Il a été convenu d'inclure les deux guides de pratique évalués puisque le guide du NCCN1 est un outil d'information pratique utilisé dans de grands établissements, comme les centres d'oncologie aux États-Unis, et le guide de l'ONS2 s'est vu assigner une note de 50 % pour la rigueur, indicateur important de la qualité méthodologique. Le niveau de preuve est indiqué dans les deux guides; les deux sont étayés par consensus d'un groupe éminent d'experts et sont largement employés.

**Tableau 2. Évaluation critique des guides de pratique clinique**

Domaines (AGREE II)	NCCN (v.2.2009)	ONS (2007)
1. Portée et objectif	58 %	5 %
2. Participation des groupes concernés	42 %	31 %
3. Rigueur d'élaboration	24 %	50 %
4. Clarté de la présentation	86 %	72 %
5. Applicabilité	44 %	29 %
6. Indépendance éditoriale	79 %	29 %
Nombre d'examineurs*	2	2

## Caractéristiques des lignes directrices incluses

### NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology - Cancer-Related Fatigue, V.2.20091

**Portée et contenu :** Les lignes directrices du NCCN sont formulées par des comités d'experts et sont mises à jour tous les ans. Elles consistent essentiellement en des recommandations sur l'évaluation, le traitement et les soins de suivi de maladies diagnostiquées. Les recommandations s'articulent autour de chemins cliniques. Le guide du NCCN (v.2.2009, fatigue) s'applique aux enfants (5-6 ans, 7-12 ans) ainsi qu'aux personnes de plus de 12 ans et comporte un algorithme différent pour les deux catégories (< 12 ans et > 12 ans). Les recommandations ayant trait au dépistage sont suivies des interventions, qui sont réparties en trois catégories en fonction de l'étape dans la trajectoire de soins (durant le traitement, après le traitement et en fin de vie).

**Groupes de patients :** Patients atteints d'un cancer (5-6 ans, 7-12 ans, plus de 12 ans) à l'étape post-diagnostique.

**Utilisateurs visés :** Médecins et autres professionnels de la santé qui dispensent des soins à des adultes atteints d'un cancer.

**Niveaux de preuve :** Le NCCN ne publie pas de stratégies de recherche standards s'appliquant à tous les thèmes des lignes directrices (communication personnelle du NCCN, mai 2010). Étant donné que les lignes directrices du NCCN portent sur la démarche et décrivent le continuum de soins dispensés aux personnes atteintes d'un cancer, le NCCN ne peut pas effectuer de revues systématiques pour chaque point de décision dans ses lignes directrices, mais se fie plutôt au savoir de ses groupes d'experts multidisciplinaires, composés de 20 à 30 chercheurs cliniciens spécialisés dans une maladie précise. Le NCCN effectue un examen annuel par un comité multidisciplinaire de chaque ligne directrice à chacun de ses 21 établissements



membres. Dans le cadre du processus d'examen institutionnel, toute modification demandée doit être étayée par une publication scientifique et chaque membre du comité fournit des citations pour toute publication ou tout abrégé pertinent qui ont été publiés au cours de l'année précédente. Le personnel du NCCN collige les résultats de ces examens et distribue les nouveaux articles importants aux membres du comité avant sa convocation. Le NCCN estime que c'est un moyen efficace de se tenir au fait des nouvelles données et de veiller à ce qu'elles reflètent la variété des nouvelles données de recherche publiées (communication personnelle du NCCN, mai 2010).

Les décisions concernant les recommandations sont donc adoptées à l'unanimité, après un examen détaillé des preuves scientifiques. Dans la mesure du possible, les recommandations sont solidement étayées (essais randomisés ou méta-analyses). Par conséquent, les recommandations du NCCN sont le fruit d'un vote unanime des membres du groupe, éclairé par des preuves scientifiques ou l'expérience clinique. Toutes les recommandations concernant la fatigue associée au cancer sont de catégorie 2A, sauf indication contraire. Le guide de pratique du NCCN contient la description complète des niveaux de preuve.

### **Putting Evidence into Practice (PEP): Evidence-Based Interventions for Fatigue During and Following Cancer and Its Treatment, ONS (2007)2**

**Portée et contenu :** Les lignes directrices de l'ONS sur la fatigue sont factuelles et établissent quelles sont les interventions efficaces pour prévenir et traiter la fatigue associée au cancer. Ces lignes directrices sont fondées sur une recension systématique et critique des données empiriques par les membres d'un comité d'experts. Elles ne portent pas directement sur le dépistage et l'évaluation.

**Groupes de patients :** Enfants ou adultes atteints d'un cancer à n'importe quelle étape suivant le diagnostic, soit durant le traitement (chirurgie oncologique, oncologie médicale, biothérapie, radiothérapie), le suivi ou en fin de vie.

**Utilisateurs visés :** Professionnels des sciences infirmières essentiellement, mais aussi tous les membres de l'équipe d'oncologie œuvrant auprès de personnes atteintes d'un cancer adultes.

**Niveaux de preuve :** La recherche documentaire ciblait des méta-analyses, des revues systématiques et des essais contrôlés randomisés. L'ONS a fait une évaluation critique des sources de données relevées allant du niveau le plus étayé (essais multiples, bien conçus, randomisés, contrôlés, comportant plus de 100 participants) au moins étayé (études qualitatives, études de cas et opinions). Les interventions ont été classées selon un modèle du poids de la preuve. Cinq catégories de preuve ont été décrites; celles-ci sont définies dans le guide de l'ONS.

## **Synthèse des données probantes**

On a d'abord construit une matrice des recommandations pour résumer et comparer les deux guides de pratique (Annexe I). Les comparaisons présentées s'inspirent du modèle utilisé par le National Guidelines Clearinghouse. Les définitions de la fatigue (Annexe I) ont été ajoutées, et les scores AGREE ainsi que les facteurs favorisant ont été comparés dans ce document.

Les données de recherche ont été décrites pour résumer et mettre en lumière les principaux arguments scientifiques provenant des deux guides sur le dépistage,



l'évaluation et les facteurs favorisants, ainsi que sur les stratégies d'intervention. Les principaux énoncés ont servi de base pour relever l'information pertinente dans les documents de soutien et construire l'ébauche de l'algorithme. À ce moment, une série d'énoncés d'action (dépistage, évaluation, traitement) relativement à la fatigue ont été formulés à partir des données probantes et des recommandations.

Les documents de soutien ont été inclus pour clarifier l'information de base, apporter des détails dans les lignes directrices et combler toute lacune dans les connaissances. Par conséquent, l'algorithme et les recommandations ou énoncés d'action reposent sur les données factuelles les plus récentes ou sur un consensus d'experts. Tous les arguments sous-tendant les lignes directrices de pratique originales ont été laissés tels quels, et les données servant d'appui aux recommandations synthétisées ont été décrites dans leur totalité.

## Données relatives au dépistage

Le NCCN1 recommande le dépistage systématique de la fatigue comme signe vital pour tous les patients à la première consultation clinique, à intervalles appropriés durant et après le traitement et en fonction de l'état clinique (recommandation de grade 2A). La fréquence suggérée est une fois par jour pour les patients hospitalisés et lors des visites de routine et des contrôles dans le cas des consultations externes. Le dépistage peut consister à demander aux patients comment ils évaluent leur fatigue sur une échelle de 0 à 10 au cours des 7 derniers jours. Pour les personnes de plus de 12 ans, 0 = aucune fatigue, 10 = la pire fatigue imaginable, on peut utiliser les seuils cliniques suivants : de 0 à 3 (fatigue légère), de 4 à 6 (fatigue moyenne) et de 7 à 10 (fatigue grave). Les auteurs mentionnent que si un patient est incapable d'attribuer un chiffre à sa fatigue, il peut dire s'il ressent une légère, moyenne ou grande fatigue, et que les membres de la famille peuvent fournir des renseignements utiles concernant l'impact de la fatigue sur le fonctionnement du malade au fil du temps.

Le guide de l'ONS2 ne fournit pas de protocole précis pour le dépistage de la fatigue, mais il est mentionné ailleurs que l'auto-évaluation du patient est la meilleure méthode, étant donné le caractère subjectif de la fatigue<sup>19</sup>. Pour ce qui est des outils de mesure, l'ONS donne des exemples et demande aux patients d'évaluer leur fatigue sur une échelle de 0 à 10, d'après le chiffre qui décrit le mieux comment ils se sentent cette journée-là. Des pictogrammes sont utilisés pour coter la fatigue selon l'échelle suivante : 0 = aucune fatigue, 1 à 3 = légère fatigue, 4 à 6 = moyenne fatigue, 7 à 9 = grande fatigue, 10 = la pire fatigue imaginable. Les principaux facteurs favorisants sont la dépression, la douleur, les nausées, l'anémie et les difficultés de sommeil.

Le plan de soins palliatifs d'ACO<sup>22</sup> fait écho aux recommandations de l'ONS2 et précise que l'auto-évaluation par le patient est l'indicateur le plus fiable du degré de fatigue. Le rapport d'ACO propose également un dépistage à l'aide de l'ESAS tous les jours chez les patients hospitalisés et à chaque visite dans le cas des patients non hospitalisés. Le recours à l'instrument ESAS et son administration à chaque consultation clinique cadrent avec le guide du NCCN1. Le guide de pratique des soins infirmiers au téléphone d'ACO<sup>21</sup> demande aux patients d'évaluer leur fatigue sur une échelle de 0 à 10, où 0 = aucun problème et 10 = épuisement complet, les scores de seuil clinique étant semblables à ceux du NCCN1. Le rapport de Fraser Health<sup>24</sup> comprend une échelle de 0 à 10 (0 = aucune, 10 = la pire imaginable) et ajoute « actuellement? », « au mieux? », « au pire? », « en moyenne? ».

Au Canada, l'ESAS est l'outil de dépistage le plus utilisé, suivi de la liste des problèmes. Conçue au départ comme brève méthode d'évaluation des symptômes en soins palliatifs<sup>31</sup>, l'ESAS est un instrument valide et fidèle qui dépiste neuf symptômes courants en cancérologie (douleur, fatigue, nausées, dépression, anxiété, somnolence, appétit, bien-être et essoufflement [dyspnée])<sup>32</sup>. L'intensité de chaque symptôme au moment du dépistage est cotée de 0 à 10, où 0 = absence du symptôme et 10 = symptôme de sévérité extrême; les résultats sont cumulés au fil du temps pour permettre de dégager une tendance. Une recension systématique des instruments d'évaluation des symptômes du cancer a révélé que l'ESAS est un outil psychométrique valide<sup>29</sup>. L'ESAS a été validée parmi diverses populations, dont les patients ayant un cancer avancé et les patients plus tôt dans la trajectoire du cancer<sup>33,34</sup>.

L'étendue des scores (0 à 10) et les seuils cliniques (0-3 = légère, 4-6 = moyenne et 7-10 = grave) sont semblables à ceux utilisés pour le dépistage de la fatigue avec le NCCN1. Pour plus de renseignements sur l'ESAS, prière de consulter le guide d'implantation du dépistage de la détresse du Partenariat canadien contre le cancer<sup>23</sup>.

Quant à savoir qui effectue le dépistage, le NCCN1 estime que c'est la tâche d'un professionnel de la santé. Le rapport de l'ONS2 s'adresse principalement aux professionnels des sciences infirmières, mais ne précise pas à qui incombe le dépistage. Le guide de pratique des soins infirmiers au téléphone d'ACO<sup>21</sup> vise les professionnels des sciences infirmières, ce qui implique que le dépistage est sa responsabilité. Les autres documents de soutien ne précisent pas qui devrait pratiquer le dépistage<sup>19,20,22-25</sup>. Les lignes directrices de Fraser Health<sup>24</sup> sont destinées aux prestataires interprofessionnels œuvrant en soins primaires ou d'autres cadres applicables; on peut donc en déduire que le dépistage de la fatigue est l'affaire de n'importe quel professionnel de la santé.

Bien qu'il n'existe pas de protocole uniformisé de dépistage de la fatigue, tous les guides de pratique et documents de soutien préconisent un dépistage régulier pour tous les patients, soit tous les jours chez les patients hospitalisés et à chaque visite ou contrôle dans le cas des patients qui ont été retirés du traitement ou qui ont terminé leur traitement<sup>1,22</sup>. Il existe une panoplie d'outils à un ou plusieurs items et de questionnaires d'auto-évaluation que les fournisseurs de soins en oncologie peuvent intégrer à leur pratique<sup>12</sup>. Quant aux seuils cliniques à utiliser pour une échelle de 1 à 10, tous conviennent qu'un score inférieur à 4 dénote l'absence de fatigue ou une fatigue légère, qu'un score de 4 à 6 indique une fatigue moyenne et qu'un score supérieur à 7 révèle une grande fatigue. Le rapport subjectif du patient quant à la sévérité de sa fatigue (légère, moyenne, grave) peut être utilisé si le patient est incapable d'attribuer un chiffre 1. Quel que soit l'instrument ou le protocole employé, l'important est d'obtenir des données et des renseignements comparables à chaque dépistage pour pouvoir déceler les changements en fonction du temps.

## Données relatives à l'évaluation

Si le score ESAS est égal ou supérieur à 4, il faut procéder à une évaluation globale et ciblée pour préciser la nature et l'intensité de la fatigue<sup>20</sup>. Le NCCN1 préconise également des évaluations complémentaires en présence de signes cliniques de fatigue moyenne ou grave (score  $\geq 4$ ) comprenant une histoire détaillée de la fatigue et un examen physique. L'anamnèse ciblée porte sur l'état clinique et les médicaments. Une anamnèse approfondie (semblable aux évaluations globale et ciblée définies au

début du document) englobe le moment d'apparition, la durée et le profil de fatigue, les fluctuations au fil du temps, les facteurs associés ou atténuants et les répercussions sur le fonctionnement<sup>1</sup>. La fatigue se manifeste rarement seule et est le plus souvent escortée de symptômes comme les perturbations du sommeil, la dépression et l'anxiété<sup>1,26</sup>. Le professionnel de la santé ou l'équipe soignante doit donc rechercher les principaux facteurs qui contribuent à la fatigue, notamment la douleur, la détresse émotionnelle (dépression ou anxiété), les difficultés de sommeil, la dénutrition, les effets secondaires des médicaments, l'anémie et l'hypothyroïdie<sup>1</sup>. Selon le guide du NCCN, le bilan global devrait être mené par un professionnel de la santé formé dans l'évaluation de la fatigue<sup>1</sup>. L'examen physique peut porter sur la démarche, la posture, l'amplitude des mouvements, les yeux (pâleur des conjonctives en présence d'anémie) et la bouche (chéilite, chéilite angulaire ou stomatite angulaire [langue rouge et luisante] en cas de carences vitaminiques)<sup>24,25</sup>.

Les lignes directrices de l'ONS indiquent qu'une évaluation détaillée des facteurs favorisants et l'information dérivant d'un outil clinique sont essentielles à la surveillance de la fatigue<sup>2</sup>. Les auteurs mentionnent en outre que la recherche des facteurs en cause (douleur, nausées, dépression, myocardiopathie, hypothyroïdie, trouble pulmonaire, anémie, trouble du sommeil et sédation secondaire aux opiacés, aux antidépresseurs et aux antihistaminiques) est probablement efficace comme stratégie de gestion de la fatigue<sup>2</sup>.

L'ACO<sup>21</sup> propose une évaluation en deux étapes (bilan général et évaluation des symptômes), équivalant à l'anamnèse ciblée du NCCN<sup>1</sup>, qui comprend les détails sur le diagnostic et le traitement, les médicaments et les allergies. L'évaluation des symptômes préconisée par l'ACO correspond également à l'histoire approfondie de la fatigue et à l'analyse des facteurs favorisants modifiables du NCCN<sup>1</sup>. Les éléments d'information à rechercher sont le moment d'apparition, la durée, les activités de la vie quotidienne, les carences nutritives, le niveau d'activité et les habitudes de sommeil. Fraser Health<sup>24</sup> recommande une évaluation globale comprenant une entrevue, un examen physique adapté aux symptômes, une revue des médicaments consommés, un bilan médical et chirurgical, une évaluation de la qualité du sommeil, un bilan psychosocial, une étude de l'environnement physique et l'établissement de diagnostics appropriés. Fraser Health se sert de l'acronyme OPQRST(I)V pour déterminer la cause, l'efficacité et les répercussions sur la qualité de vie pour le patient et sa famille.

- O = Onset (origine)
- P = Provoking/Palliating (= facteurs qui provoquent / atténuent la fatigue)
- Q = Quality (qualité)
- R = Region or Radiating (région / retentissement)
- S = Severity & Duration (sévérité et durée)
- T = Treatment (traitement)
- U = Understanding (compréhension)/I = Impact (impact)
- V = Values (visées)

Les composantes de l'évaluation du NCI<sup>25</sup> s'harmonisent avec celles d'ACO et de Fraser Health<sup>21,24</sup>, sauf que le NCI recommande également d'interroger les patients sur leur rendement au travail (en plus des effets de la fatigue sur les activités courantes) et d'inclure une évaluation psychiatrique (notamment concernant la dépression) dans le cadre de l'évaluation initiale de la fatigue. Cela permet au NCI d'utiliser les critères de la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> édition (CIM-10), pour le diagnostic de la fatigue liée au cancer, car une application stricte des critères nécessite une entrevue psychiatrique semi-structurée pour confirmer que les symptômes ne relèvent pas d'un trouble psychiatrique sous-jacent<sup>12</sup>.

Ensemble, les deux guides de pratique<sup>1,2</sup> et trois documents de soutien<sup>21,24,25</sup> s'entendent sur les composantes de l'évaluation lorsque des symptômes de fatigue sont décelés au dépistage. L'évaluation complémentaire doit être exhaustive et inclure les éléments suivants :

- Profil de la fatigue : moment d'apparition, durée, changement au fil du temps
- Description par le patient de la fatigue ou évaluation subjective (auto-rapportée) de l'intensité (outils validés)
- Facteurs qui soulagent ou aggravent la fatigue, y compris facteurs de risque et moments de vulnérabilité :
  - état de la maladie, traitements antérieurs, symptômes dus aux traitements
  - cycles éveil-sommeil, habitudes de relaxation
  - médicaments utilisés, y compris alcool et autres substances pertinentes
  - sources de stress possibles (événements de la vie, p. ex. deuil récent, déménagement, changement de situation financière ou de réseau de soutien)
  - apport alimentaire et changement de l'appétit ou du poids
  - niveau d'activité
- Répercussions de la fatigue sur les activités courantes et le mode de vie (travail, vie sociale, concentration, mémoire immédiate)
- Facteurs favorisants réversibles sous-jacents (anémie, dépression, anxiété, douleur, déshydratation, carences nutritives [en protéines, calories, vitamines], sédatifs [opiacés, benzodiazépines], thérapies neurotoxiques, infection, fièvre, difficultés de sommeil, inactivité)
- Examen physique et observation clinique (démarche, posture et amplitude des mouvements)
- Autres facteurs favorisants (dyspnée, atrophie musculaire)

## Symptômes de fatigue

La fatigue liée au cancer est généralement définie comme une sensation d'épuisement qui est persistante, sans rapport avec l'activité ou l'effort et non soulagée par le sommeil ou le repos<sup>1,22,25</sup>. Le guide du NCCN1 et quatre documents de soutien<sup>19,21,22,25</sup> s'accordent sur les symptômes fréquents et typiques de la fatigue associée au cancer chez l'adulte :

- Sensation de manque d'énergie ou d'épuisement disproportionnée à l'activité récente
- Détérioration du fonctionnement dans d'importantes sphères d'activité (tâches domestiques, travail, vie sociale, etc.)
- Baisse de concentration ou d'attention
- Détresse importante ou perturbation de l'humeur en lien avec la fatigue (p. ex. tristesse, frustration, irritabilité)
- Difficultés de sommeil (insomnie ou hypersomnie)
- Baisse de motivation ou d'intérêt pour les activités habituelles ou diminution de la qualité de vie
- Sommeil perçu comme étant non réparateur ou non reposant

Pour ce qui est de la distinction entre légère, moyenne et grande fatigue comme critère d'évaluation (c'est-à-dire en plus du dépistage), les deux guides<sup>1,2</sup> n'en font pas mention de façon explicite. Le guide du NCCN<sup>1</sup> signale que la sous-échelle de fonctionnement physique du MOS-SF-36 peut être utilisée en clinique comme outil d'aide à la décision. Le rapport d'ACO<sup>21</sup> fait la distinction entre fatigue non urgente, fatigue urgente ou émergente chez les patients en soins palliatifs, la fatigue non urgente lorsque la personne est capable d'accomplir ses activités courantes, et la fatigue sévère émergente se caractérisant par une dyspnée au repos, une douleur thoracique, une tachycardie, une grande fatigue soudaine ou une perte rapide de sang<sup>21</sup>. Le NCI<sup>25</sup> propose une autre solution, soit d'utiliser les critères de la CIM-10 pour le diagnostic de la fatigue associée au cancer. En plus d'autres critères (gêne fonctionnelle, facteurs sous-jacents sélectionnés, humeur), des symptômes précis doivent avoir été présents tous les jours ou presque durant deux semaines consécutives au cours du dernier mois<sup>25</sup>. L'emploi de critères précis pour diagnostiquer la fatigue en oncologie est utile pour aider à sélectionner le traitement (modèle médical), mais la diversité des signes et symptômes qui peuvent être présents ou non chez une personne complique leur application. Qui plus est, la réaction à un symptôme peut varier considérablement d'un patient à l'autre, et il est à craindre que les personnes au-dessous du seuil clinique ne reçoivent pas toujours les soins dont elles ont besoin.<sup>12,25</sup>

En somme, la fatigue est très fréquente chez les personnes qui vivent avec un cancer, aux phases de traitement ou d'après-traitement. Le dépistage d'une fatigue moyenne ou grave dicte une évaluation complémentaire par un professionnel de la santé. Pour caractériser la fatigue et cerner tous les facteurs qui y contribuent, les synthèses des guides de pratique et les documents de soutien sont unanimes concernant les éléments essentiels d'une évaluation globale. La description du patient est aussi un élément important en raison de la nature subjective de la fatigue.<sup>1,2</sup> Les soignants en oncologie doivent se documenter sur la fatigue et favoriser les échanges avec les patients et les familles concernant leur ressenti et les répercussions de la fatigue sur leur quotidien. Des outils d'évaluation ou des inventaires sont utiles pour déceler la présence et le degré de fatigue et établir les modalités de traitement.

## Facteurs (de risque) favorisants

Le guide du NCCN1 et le guide de l'ONS2 énumèrent les facteurs favorisants (Tableau 3), mais les auteurs du rapport de l'ONS précisent que leur liste s'inspire largement du guide du NCCN, et les deux différencient les symptômes typiques de fatigue des facteurs favorisants et des troubles comorbides. Quatre documents de soutien<sup>21,22,24,25</sup> corroborent la majorité des facteurs favorisants cités par le NCCN1 et l'ONS2. Selon le rapport d'ACO<sup>21</sup>, les facteurs favorisants englobent le processus pathologique, le stress et les changements du niveau d'activité ou d'exercice. La typologie de la fatigue varie selon le moment dans la trajectoire de soins et la modalité de traitement. Par exemple, la fatigue est souvent à son paroxysme vers la fin de la radiothérapie et s'estompe sur plusieurs mois, tandis qu'elle peut fluctuer au cours de la journée chez les personnes sous chimiothérapie cytotoxique<sup>1</sup>. Il est à noter que ce ne sont pas seulement les agents de chimiothérapie qui peuvent contribuer à la sensation de fatigue. Par exemple, les opioïdes pour le soulagement de la douleur causent souvent de la sédation. De plus, la sédation peut aussi être secondaire aux antihistaminiques, aux benzodiazépines et aux antidépresseurs tricycliques. Par conséquent, la prise de plusieurs médicaments peut amplifier les symptômes de fatigue<sup>1,22,25</sup>.

Le guide du NCCN1 énonce d'autres facteurs de risque individuels chez les patients en phase post-traitement sans signes de récurrence, notamment le degré de fatigue, d'anxiété et de dépression pré-traitement, le niveau d'activité physique, les stratégies d'adaptation et les facteurs de stress, la comorbidité, le type de cancer, les modalités de traitement antérieures (par exemple, la fatigue est plus grande avec les thérapies combinées) et les séquelles à long terme du traitement<sup>1</sup>. L'ACO<sup>22</sup> ajoute les troubles psychiatriques et les maladies concomitantes à la liste des facteurs de risque.

**Tableau 3. Facteurs de risque de fatigue liée au cancer**

<b>Symptômes physiques</b>	<b>NCCN</b>	<b>ONS</b>	<b>Documents de soutien</b>
Dyspnée	—	√	√
Palpitations cardiaques	—	√	—
Manque d'énergie	√	√	—
<b>Facteurs (de risque) favorisants</b>	<b>NCCN</b>	<b>ONS</b>	<b>Documents de soutien</b>
Anémie	√	√	√
Trouble endocrinien (hypothyroïdisme, hypogonadisme, insuffisance surrénalienne)	√	√	√
Trouble cardiaque (p. ex. cardiopathie)	√	√	√
Trouble pulmonaire	√	√	√
Déséquilibres hydro-électrolytiques	√	√	√
Carences nutritives / déficit calorique / perte de poids	√	—	√
Douleur	√	√	√
Humeur dépressive / dépression	√	√	√
Détresse émotionnelle	√	√	√
Difficultés de sommeil	√	√	√
Effets secondaires des médicaments (p. ex. sédation)	√	√	√
Infection	√	—	√
Nausées	—	√	—
Insuffisance hépatique, rénale, neurologique	√	—	√
Baisse d'activité ou de condition physique	√	—	√
Douleur	—	—	√
Fièvre	—	—	√
Effets secondaires des traitements	—	—	√
<b>Facteurs de risque Individuels</b>	<b>NCCN</b>	<b>ONS</b>	<b>Documents de soutien</b>
Étape clinique (p. ex. sous traitement, en fin de vie)	√	—	—
Antécédents de troubles psychiatriques (p. ex. dépression, anxiété)	√	—	√
Stratégies d'adaptation et facteurs de stress liés au cancer	√	—	—
Niveau d'activité pré-traitement	√	—	—

NCCN = National Comprehensive Cancer Network; ONS = Oncology Nursing Society

## Données relatives aux interventions

En présence d'un facteur favorisant réversible (p. ex. douleur, anémie, dépression), le NCCN1 recommande de le corriger d'abord à la lumière des lignes directrices appropriées. Le tableau 4 montre que les recommandations subséquentes comprennent des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques et l'orientation vers le spécialiste approprié au besoin (p. ex. travailleuse sociale ou nutritionniste) avant le suivi et la réévaluation. Pour ce qui est des stratégies non pharmacologiques, le guide du NCCN1 précise que les données issues d'ECR indiquent



qu'une activité physique accrue, une thérapie cognitivocomportementale et des interventions psychosociales ciblant la fatigue atténuent les symptômes de fatigue. Il préconise 30 minutes d'activité de moyenne intensité la plupart des jours de la semaine<sup>1</sup>, conformément aux recommandations du directeur du service de santé publique des États-Unis pour toutes les populations. Toutefois, c'est l'étape clinique (durant le traitement, suivi à long terme, maladie avancée ou fin de vie) qui détermine les stratégies optimales de gestion de la fatigue<sup>1</sup>. Il y a lieu d'utiliser l'exercice prudemment en présence de métastases osseuses, de neutropénie, de thrombopénie, d'anémie ou de fièvre, en soupesant les risques et les bienfaits<sup>1</sup>. Dans certains cas, un programme d'exercice modifié peut être conseillé. Par exemple, un patient neutropénique devrait éviter de fréquenter les endroits où le risque d'infection est élevé (par exemple les gymnases et les piscines). Le guide du NCCN1 recommande également un dépistage et une réévaluation périodiques pour tous les patients atteints d'un cancer, quelle que soit l'étape de la trajectoire, soit tous les jours chez les patients hospitalisés, à chaque visite clinique chez les patients en consultation externe et l'autosurveillance chez les personnes qui ont terminé leur traitement.

Les recommandations en matière de stratégies de l'ONS2 s'appliquent aux patients qui ont une fatigue moyenne ou grave. Le tableau 5 illustre que l'exercice est la seule intervention préconisée en clinique, recommandation fondée sur les données issues d'ECR. L'ONS conseille également l'exercice modéré plusieurs fois par semaine (marche, vélo, natation, exercices musculaires). Parmi les autres interventions qualifiées de probablement efficaces se trouvent l'économie d'énergie, les mesures éducatives et les stratégies cognitivocomportementales (hygiène du sommeil, stratégies influençant les pensées qui perturbent le sommeil) et les techniques de relaxation par la respiration. Le but de l'économie d'énergie et de la gestion des activités est d'équilibrer repos et activité de sorte que les tâches prioritaires ont plus de chances d'être effectuées. Les approches cognitivocomportementales englobent généralement l'identification de schèmes de pensée qui influencent la perception des problèmes et du comportement et font appel au recadrage cognitif. L'ONS estime que tous les patients bénéficient de mesures éducatives (stratégies d'adaptation, relation d'aide et de soutien, accompagnement professionnel dans la gestion de la fatigue et information)<sup>2</sup>. Elle cite également la relaxation musculaire progressive comme stratégie « probablement efficace », même si le pourcentage de personnes fatiguées qui apprennent et pratiquent cette technique est très faible.



**Tableau 4. Stratégies thérapeutiques, psychosociales et de soutien selon le NCCN1**

	Niveau*
<b>Stratégies générales applicables à tous les patients</b>	
Autosurveillance de la fatigue, conservation de l'énergie, distractions (jeux, musique, lecture, activités sociales, etc.)	2A
<b>Durant le traitement actif OU le suivi à long terme</b>	
<b>Non pharmacologiques</b>	
Exercice (augmentation de l'activité) selon le cas : conformément aux recommandations du directeur du service de santé publique des États-Unis pour toutes les populations, 30 minutes d'activité modérée (marche, vélo, etc.) la plupart des jours de la semaine, l'intensité dépendant des circonstances individuelles. Commencer par des exercices de faible intensité et de courte durée et augmenter progressivement, modifiant le programme en fonction des changements (p. ex. accumuler les 20 à 30 minutes d'activité à brefs intervalles s'il y a lieu).	1
Thérapie cognitivocomportementale : type de psychothérapie figurant parmi les interventions psychosociales, pour réduire les émotions négatives et favoriser l'adaptation psychologique.	1
Interventions psychosociales pour alléger le stress et accroître le soutien psychosocial (des données indiquent une réduction de la fatigue, mais c'est souvent une variable secondaire) (p. ex. groupes de soutien, enseignement, counseling, stratégies d'adaptation).	1
Activités de rétablissement de l'attention (p. ex. activités de plein air).	2A
Thérapie du sommeil : thérapie cognitivocomportementale pour améliorer le sommeil (contrôle par le stimulus, restriction du sommeil, hygiène du sommeil) plus maîtrise de la respiration, relaxation musculaire et visualisation guidée pour favoriser la détente.	2A
Consultation et counseling diététique.	2A
<b>Pharmacologiques</b>	
Après exclusion des autres causes, envisager l'emploi de psychostimulants (les stratégies non pharmacologiques demeurent toutefois au stade expérimental), traiter l'anémie (voir les lignes directrices du NCCN sur l'anémie provoquée par le cancer et la chimiothérapie), considérer la prescription d'une médication hypnotique.	2A
<b>En fin de vie</b>	
<b>Non pharmacologiques</b>	
Exercice (augmentation de l'activité) selon le cas : conformément aux recommandations du directeur du service de santé publique des États-Unis pour toutes les populations, 30 minutes d'activité modérée (marche, vélo, etc.) la plupart des jours de la semaine, l'intensité dépendant des circonstances individuelles. Commencer par des exercices de faible intensité et de courte durée et augmenter progressivement, modifiant le programme en fonction des changements de la maladie (p. ex. accumulant les 20 à 30 minutes d'activité à brefs intervalles s'il y a lieu).	1
Interventions psychosociales pour alléger le stress et accroître le soutien psychosocial (des données indiquent une réduction de la fatigue, mais c'est souvent une variable secondaire) (p. ex. groupes de soutien, enseignement, counseling, stratégies d'adaptation).	1
Activités de rétablissement de l'attention (p. ex. activités de plein-air).	2A
Thérapie du sommeil : thérapie cognitivocomportementale pour améliorer le sommeil (contrôle par le stimulus, restriction du sommeil, hygiène du sommeil) plus maîtrise de la respiration, relaxation musculaire et visualisation guidée pour favoriser la détente.	2A
Consultation et counseling diététique.	2A
<b>Pharmacologiques</b>	
Après exclusion des autres causes, envisager l'emploi de psychostimulants (les stratégies non pharmacologiques demeurent toutefois au stade expérimental), traiter l'anémie (voir les lignes directrices du NCCN sur l'anémie provoquée par le cancer et la chimiothérapie), considérer la prescription de corticostéroïdes (prednisone ou dexaméthasone).	2A

\*Consulter le guide du NCCN pour toute information complémentaire sur les niveaux de preuve.

**Tableau 5. Interventions appuyées par l'ONS2**

	Niveau*
Exercice (marche, vélo, natation, exercices musculaires ou exercices combinés) plusieurs fois par semaine	REP
Recherche des causes potentielles et correction s'il y a lieu	PE
Conservation de l'énergie et gestion des activités	PE
Enseignement et information	PE
Mesures visant à optimiser la qualité du sommeil (hygiène du sommeil)	PE
Techniques de relaxation	PE
Massage et toucher thérapeutique	PE

REP = recommandé en pratique (d'après au moins deux essais contrôlés randomisés);  
PE = probablement efficaces (d'après un seul essai contrôlé randomisé et un consensus).

\*Consulter le guide de l'ONS pour toute information complémentaire sur les niveaux de preuve.

Le guide de l'ONS mentionne que la correction de l'anémie à l'aide d'agents stimulant l'érythropoïèse peut être bénéfique à certains patients pour réduire la fatigue, mais il faut mettre en balance les bienfaits et les méfaits possibles. Les cliniciens et les patients doivent prendre en considération les circonstances individuelles et les priorités individuelles<sup>2</sup>.

Au moment où l'ONS a préparé sa synthèse de données probantes<sup>2</sup>, elle a indiqué que les données n'étaient pas suffisantes ou pas assez solides pour établir l'efficacité des diverses stratégies pharmacologiques, cognitivocomportementales ou psycho-éducatives ainsi que des thérapies complémentaires ou parallèles (Tableau 6). Il est à noter que le plus récent guide de pratique du NCCN<sup>30</sup> accorde un niveau de preuve I aux thérapies cognitivocomportementales.

**Tableau 6. Interventions non appuyées par l'ONS**

<b>Pharmacothérapies</b> : paroxétine, méthylphénidate, donépézil, bupropion à libération prolongée, modafinil, venlafaxine, sertraline	
<b>Associations</b> : suppléments diététiques et substitut lipidique / supplément d'antioxydants	
<b>Associations</b> : aromathérapie, bain de pieds thérapeutique, réflexologie	
Psychothérapie, individuelle et de groupe	Écriture expressive
Hypnose	Réadaptation structurée (plus que l'exercice seul)
Thérapie ciblée anticytokines	Reiki
Yoga	Réduction du stress axée sur la pleine conscience
Acupuncture	Art-thérapie, musicothérapie, zoothérapie
Distraction – immersion dans la réalité virtuelle	Supplément de lévocarnitine
Suppléments vitaminiques	Perfusion d'adénosine-triphosphate
Lectine – extrait de gui standardisé	Essiac
Herbes médicinales chinoises	Supplément d'acides gras oméga-3

Consulter le guide complet de l'ONS pour la définition des interventions et les citations<sup>2</sup>.

Une recension Cochrane réalisée récemment par Zhang et al.<sup>35</sup> corrobore les recommandations de l'ONS : les herbes médicinales chinoises semblent prometteuses, mais les preuves de leur efficacité pour traiter les effets secondaires de la

chimiothérapie contre le cancer du sein (nausées, vomissements, fatigue) sont limitées. Une autre recension Cochrane<sup>28</sup> a analysé les interventions psychosociales (essais randomisés) visant à soulager la fatigue durant le traitement du cancer (groupes de soutien animés, thérapie cognitivocomportementale, psychothérapie et stratégies de réduction de la fatigue durant des visites à domicile). Globalement, l'allègement de la fatigue a été plus marqué et efficace avec les interventions ciblant la fatigue (enseignement concernant la fatigue et gestion des activités) qu'avec celles axées sur la réduction de la détresse ou de la douleur, par exemple. Les études étant toutefois limitées, les auteurs n'ont pu relever les composantes de traitement essentielles qui atténuent la fatigue durant le traitement.

En harmonie avec les guides du NCCN1 et de l'ONS2, les arguments en faveur de la pharmacothérapie pour le soulagement de la fatigue associée au cancer sont jugés non concluants. Une recension Cochrane de 27 essais cliniques a indiqué des résultats mixtes<sup>36</sup>; le méthylphénidate (Ritalin) s'est révélé efficace pour atténuer la fatigue, mais il faut d'autres recherches pour confirmer son utilité, à cause d'échantillons de petites tailles.

Le document du NCI<sup>25</sup> rapporte que, faute de données suffisantes, les psychostimulants sont à envisager uniquement pour traiter la fatigue grave. Le guide du NCCN1 ne mentionne pas si les psychostimulants ont été utiles pour soulager la fatigue chez les personnes ayant survécu à un cancer. En outre, la posologie et la fréquence d'administration optimales de ces médicaments n'ont pas été établies en oncologie. La recommandation de considérer les psychostimulants pour traiter la fatigue grave et les corticostéroïdes pour soulager la fatigue extrême en fin de vie est donc fondée sur des recherches limitées. L'érythropoïétine et la darbépoétine (pour l'anémie) seraient efficaces pour la fatigue associée au cancer chez les patients qui étaient anémiques par suite de la chimiothérapie<sup>36</sup>. Il existe donc quelques données en faveur du recours à la stimulation de l'érythropoïèse pour traiter la fatigue accompagnant le cancer. Partageant l'opinion de l'ONS2, Minton *et al.*<sup>36</sup> mettent en garde contre l'usage de l'érythropoïétine et de la darbépoétine, signalant que la dose optimale, la durée du traitement et la dose d'entretien associées à une amélioration de la qualité de vie et au soulagement de la fatigue n'ont pas été clairement établies. Les stéroïdes progestatifs et la paroxétine (antidépresseur) n'ont pas été plus efficaces qu'un placebo<sup>36</sup>. Le guide du NCCN1 ne préconise pas les antidépresseurs contre la fatigue.

Les interventions recommandées par le NCI<sup>25</sup> et trois autres documents de soutien<sup>21,22,24</sup> portant sur les patients en soins palliatifs concordent dans l'ensemble avec celles du NCCN1 et de l'ONS2.

Bref, les guides de pratique et les documents de soutien conviennent que tous les patients devraient recevoir un enseignement ciblé sur la fatigue et de l'information sur la gestion des symptômes ainsi que des services pertinents offerts dans les centres de traitement et dans la communauté. Une fois les causes réversibles de la fatigue éliminées (p. ex. dépression, anémie, anxiété, douleur), les stratégies non pharmacologiques comprennent l'exercice couplé à d'autres stratégies de conservation d'énergie (p. ex. équilibre entre repos et activité), l'hygiène du sommeil, la diététique et la réduction du stress (p. ex. modification, amélioration des stratégies d'adaptation). Parmi les approches non pharmacologiques, l'exercice et les

interventions psychosociales sont les approches qui sont les mieux étayées par des essais contrôlés randomisés. Les recommandations concernant l'activité physique sont générales à cause du manque de recherches rigoureuses documentant les modalités précises d'exercice et les prescriptions s'adressant aux personnes atteintes d'un cancer<sup>1,27,37</sup>. Il reste que le programme d'exercice doit être conçu sur mesure, en fonction de facteurs comme l'âge, l'étape clinique, le niveau d'activité avant le traitement et les troubles comorbides.

Il y a sur le marché une panoplie de produits pharmaceutiques pour traiter la fatigue en cancérologie, mais les preuves de leur utilité ne sont pas concluantes. Les plus prometteurs sont les agents qui stimulent la production de globules rouges (en présence d'anémie) et les médicaments qui augmentent le niveau de concentration. Des études plus poussées sont nécessaires pour documenter ce sujet. Selon les guides de pratique et les documents de soutien, tout traitement pharmacologique doit être administré sous la supervision d'un spécialiste et ses effets surveillés de près.

Chaque établissement de soins doit élaborer des méthodes pour offrir des interventions psychosociales, diététiques, éducatives et pharmacologiques (s'il y a lieu) ou diriger les patients vers des services spécialisés. Par exemple, les équipes multidisciplinaires devraient avoir des protocoles uniformisés de gestion de la fatigue (médecine, soins infirmiers, travail social, physiothérapie, nutrition), avec des recommandations concernant le recours à d'autres professionnels ou parcours cliniques.

## Forces et faiblesses du corpus de recherche

Les recommandations du NCCN1 reposent principalement sur le consensus de sommités fondé sur l'expérience clinique auprès de larges populations de patients ou de preuves issues d'études de phase II, de vastes études de cohortes, de séries de cas, de rapports de comités d'experts ou d'expérience individuelle de médecins. Un certain consensus a été obtenu à partir d'essais contrôlés randomisés (catégorie I) en ce qui concerne l'augmentation de l'activité et l'exercice et les interventions psychosociales (p. ex. gestion du stress, groupes de soutien, thérapie cognitivo-comportementale) pour le soulagement de la fatigue.

Le corpus de données pour les guides de pratique sur la fatigue de l'ONS2 englobait des recensions systématiques, des méta-analyses, des essais contrôlés randomisés, des études de cas ainsi que l'opinion et le consensus d'experts. Le grade et la qualité des preuves ont été systématiquement évalués et précisés par l'ONS à l'aide d'un modèle de classification des données probantes. La seule intervention pour la gestion de la fatigue que l'ONS recommande avec un haut niveau de preuve est l'exercice.

Les points forts du corpus documentaire sont notamment la reconnaissance que la fatigue est un problème majeur qui doit recevoir plus d'attention et l'inclusion des résultats d'essais contrôlés randomisés de haute qualité. Parmi les points faibles, signalons l'absence d'une définition universelle de la fatigue associée au cancer et l'absence de consensus sur la meilleure méthode de mesure. Il existe une variété d'outils d'évaluation de la fatigue (physique, émotionnelle), à un ou multiples items, et les critères de dépistage varient (ex., au cours des 7 derniers jours, actuellement ou aujourd'hui). Les propriétés psychométriques ne sont donc pas concordantes<sup>12</sup>, ce qui donne lieu à diverses approximations de la prévalence de fatigue liée au cancer et

fait que plusieurs études ne peuvent être comparées. De plus, il n'y a pas d'approche systématique à la prise en charge de la fatigue, et comme les causes et les mécanismes de la fatigue diffèrent d'un patient à l'autre, les pratiques cliniques pour gérer la fatigue varient aussi beaucoup<sup>25</sup>.

Une autre lacune réside dans la documentation scientifique disponible sur le sujet. Les études sur les populations atteintes d'un cancer en général sont relativement limitées, la plupart visant des femmes ayant un cancer du sein, ce qui réduit la validité externe des résultats<sup>2</sup>. En ce qui concerne la prise en charge de la fatigue, l'accent est mis sur les pratiques ou interventions une fois la fatigue installée (secondaire au traitement) et non sur la prévention. La gestion de la fatigue post-traitement est peu documentée. Il faut plus d'études d'intervention rigoureuses examinant les programmes d'exercice et les stratégies cognitivocomportementales individualisées aux patients pour relever les éléments les plus utiles, à l'aide des quelques instruments d'évaluation de la fatigue qui ont été validés<sup>36</sup>. D'autres essais contrôlés randomisés sont nécessaires pour évaluer la pharmacothérapie et améliorer les paramètres à l'aide d'outils valides. On a également besoin de poursuivre les recherches pour comprendre la science de la fatigue et élucider les mécanismes qui la sous-tendent.

## Examen externe du rapport sommaire

### Commentaires des examinateurs

Une version préliminaire de ce rapport a été examinée par 14 professionnels de la santé canadiens qui soignent des adultes atteints d'un cancer. Toutes les modifications apportées à la suite des commentaires des examinateurs externes sont résumées sous la rubrique Modifications ci-dessous.

### Méthodologie

Les commentaires des professionnels de la santé ont été recueillis par un sondage en ligne réalisé auprès de médecins de toutes les régions du Canada. Les examinateurs ont été contactés initialement par courrier électronique puis ont été relancés par courriel à trois reprises. Le sondage comportait 20 points concernant :

- leur rôle professionnel actuel et leur usage des lignes directrices sur la fatigue liée au cancer;
- la pertinence des recommandations;
- les méthodes de recherche et de synthèse de la documentation;
- les résultats et le sommaire des recommandations;
- la probabilité qu'ils utilisent les lignes directrices dans leur pratique.

Le groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer a relu le rapport annoté, a pris en compte chaque commentaire et a fait les modifications en conséquence.

### Résultats

Sur les 25 fournisseurs de soins contactés, 14 ont répondu au sondage, soit deux de l'Alberta, un de la Colombie-Britannique, un de la Nouvelle-Écosse, neuf de l'Ontario et un du Québec; les principaux résultats sont résumés au tableau 8. Leurs fonctions étaient variées : administration (2), sciences de la nutrition (2), méthodologie des lignes



directrices (1), médecine familiale (1), soins infirmiers (3), ergothérapie (1), physiothérapie (1), réadaptation clinique (1), travail social (2), auteur (1) et chercheur (1). La majorité des répondants (57,1 %) ont admis ne pas suivre de lignes directrices sur la fatigue associée au cancer à l'heure actuelle. Parmi ceux qui le font, un dit puiser dans plusieurs sources, un utilise l'ESAS et trois se conforment au guide du NCCN1.

**Tableau 8. Sommaire des résultats du sondage réalisé auprès des examinateurs externes**

Items du sondage	Nombre (%)			
	Fortement d'accord	D'accord	Plus ou moins d'accord	Autre <sup>a</sup>
L'objectif global du guide sur la fatigue est clairement décrit.	6 (42,9)	6 (42,9)	0 (0,0)	2 (14,2)
La population à laquelle s'applique le guide est clairement décrite.	5 (35,7)	6 (42,9)	2 (14,2)	1 (7,1)
Les utilisateurs visés sont clairement décrits.	6 (42,9)	6 (42,9)	0 (0,0)	2 (14,2)
On a utilisé des méthodes de recherche systématique pour répertorier les documents pertinents à adapter.	6 (42,9)	6 (42,9)	1 (7,1)	1 (7,1)
Les méthodes de formulation des recommandations concernant la fatigue sont clairement décrites.	5 (35,7)	5 (35,7)	2 (14,2)	2 (14,2)
Les recommandations relatives à la fatigue sont facilement repérables.	7 (50,0)	4 (28,6)	1 (7,1)	2 (14,2)
Les recommandations au sujet de la fatigue sont à propos.	3 (21,4)	10 (71,4)	0 (0,0)	1 (7,1)
Les recommandations sont applicables.	2 (14,2)	8 (57,1)	2 (14,2)	2 (14,2)
Une fois implantées, les lignes directrices sur la fatigue feront plus de bien que de mal.	8 (57,1)	4 (28,6)	2 (5,6)	2 (5,6)
Les recommandations sont appuyées par des outils d'application.	3 (21,4)	5 (35,7)	4 (28,6)	2 (14,2)
Quelle est la probabilité que vous puissiez appliquer les recommandations contenues dans le guide sur la fatigue?	<b>Fort probable</b>	<b>Probable</b>	<b>Assez probable</b>	<b>Autre<sup>b</sup></b>
	2 (14,2)	8 (57,1)	1 (7,1)	3 (21,4)

<sup>a</sup> Pas d'accord, indécis ou sans objet

<sup>b</sup> Indécis ou sans objet

### Sommaire des commentaires écrits

La majorité des professionnels de la santé ont répondu par écrit. Voici les principaux points qui se dégagent de leurs commentaires :

- Un examinateur a demandé plus de clarté concernant les droits d'auteur et la stratégie de mise à jour.
- Les examinateurs ont réclamé des recommandations sur la fatigue associée au cancer chez les enfants et des recommandations propres à chaque étape (durant le traitement, après le traitement et en fin de vie).
- Plusieurs examinateurs ont commenté l'usage des outils d'évaluation de la fatigue. Un a signalé que l'échelle d'Edmonton (ESAS) est légitime comme outil de



dépistage initial, mais que le seuil (4/10) commandant un suivi complémentaire est un peu élevé et devrait faire l'objet d'autres recherches, tandis qu'un autre a proposé les questionnaires FACT-F et PROMIS pour une évaluation plus détaillée; deux examinateurs se demandent si la Liste canadienne de vérification des problèmes devrait faire partie du dépistage régulier. Comme fait partie d'un outil d'évaluation de la détresse, ils demandent une contextualisation. Un examinateur a suggéré un bref interrogatoire sur la nutrition, par exemple à l'aide des quatre premières cases du questionnaire PG-SGA ou MST, pour aider le professionnel qui utilise l'outil de dépistage de la fatigue à mieux évaluer la composante nutrition et à déterminer s'il y a lieu d'orienter le patient vers une consultation diététique.

- Plusieurs examinateurs ont fait observer que les algorithmes ont besoin d'être retouchés, même si les recommandations sont formulées clairement. On a suggéré plusieurs éléments d'information à incorporer aux algorithmes.
- Un examinateur a signalé que le guide est ambigu et que les interventions ciblées avec des variables bien définies sont plutôt vagues. De plus, les stratégies d'exercice et de conservation d'énergie sont mentionnées mais gagneraient à être plus détaillées. La section sur la nutrition aussi est faible et a besoin d'être intégrée au document.
- Plusieurs examinateurs ont signalé qu'il serait difficile d'appliquer les lignes directrices à cause du manque de clarté entourant les recommandations, du problème d'accessibilité aux ressources d'évaluation et d'intervention dans les centres médicaux et du temps supplémentaire que l'intégration de l'outil de dépistage en clinique demanderait. Plusieurs examinateurs ont souligné la nécessité d'une stratégie de transfert et d'application du savoir, vu les différences qui existent d'une clinique à l'autre.
- Quand on leur a demandé comment les recommandations au sujet de la fatigue se comparaient à leurs pratiques actuelles, les examinateurs ont répondu que celles-ci étaient conformes ou en grande partie conformes aux recommandations; toutefois, le guide fournit des preuves pour étayer les pratiques cliniques actuelles et il contribuera à renforcer les bonnes pratiques cliniques et à aider les cliniciens qui amorcent leur carrière.

## Modifications et actions

En réponse aux commentaires des 14 professionnels de la santé agissant comme examinateurs externes, voici les modifications qui ont été apportées :

- Des détails sur les droits d'auteur et le processus d'actualisation ont été ajoutés à la section Méthodologie.
- Les besoins des enfants diffèrent de ceux des adultes, et il a été décidé que les recommandations destinées aux enfants dépasseraient la portée de ce document. En outre, il a été convenu dès le départ que les recommandations et les algorithmes seraient applicables à tous les patients vivant avec un cancer et non pas répartis en fonction de l'étape clinique.
- Le groupe consultatif national reconnaît qu'une évaluation globale peut comporter un ensemble d'exams, d'inventaires et d'outils d'évaluation pour cerner les facteurs précis contribuant à un symptôme, et qu'il existe plusieurs instruments, chacun ayant ses points forts et ses points faibles. Le groupe consultatif national prévoit l'avènement d'autres outils et ressources, mais les outils recommandés

dans ce guide ont été choisis en fonction de leur usage régulier en clinique et en vue d'offrir une évaluation complète des symptômes qui chevauchent souvent d'autres domaines que la fatigue.

- Les algorithmes ont été remaniés à la lumière des commentaires fournis.
- En ce qui concerne les commentaires sur les obstacles à l'application des recommandations, les algorithmes ont été reformulés de façon plus claire; il est à espérer que l'existence de lignes directrices de qualité en clinique pourra servir d'assise et d'impulsion à la mise en place de pratiques optimales en matière de soins.
- Il est clair que les recommandations respectent plusieurs aspects des pratiques courantes; espérons que, au moment de leur mise en application, elles seront mieux harmonisées et que les patients recevront des soins standards et uniformes dans tous les établissements.

## Mise en application des recommandations

Les prochaines étapes prévues sont l'élaboration de protocoles de pratique à l'intention des professionnels, des versions pour les patients et des ateliers destinés aux fournisseurs de soins dans un éventail de disciplines pour promouvoir l'adoption des lignes directrices à la grandeur du Canada. Un plan formel de communication visant une diffusion optimale des recommandations est également en chantier.

Un des principaux critères de sélection du groupe interprofessionnel était la capacité des membres de disséminer les recommandations et de les appliquer dans leur champ de compétence. Le partenariat avec l'Association canadienne d'oncologie psychosociale va également assurer un plus grand rayonnement et favoriser la mise en œuvre des lignes directrices. Le document sera affiché sur les sites Web du Partenariat canadien contre le cancer (groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer) et de l'Association canadienne d'oncologie psychosociale et sera publié dans une revue médicale dotée d'un comité de lecture. Il sera aussi diffusé par le truchement du Réseau canadien de lutte contre le cancer et de la Société canadienne du cancer. Une version abrégée du rapport servira d'outil de mise en application, qui sera distribué à grande échelle.

Il n'y a aucune mention des implications potentielles de l'application des recommandations sur les ressources, et on sait que les ressources varient considérablement d'un établissement à l'autre au Canada. On ignore quelles ressources seront nécessaires pour mettre de l'avant les recommandations, mais il faut également prendre en considération les ressources utilisées pour offrir les services existants. De plus, le sens commun indique que l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes ayant survécu à un cancer est un investissement judicieux. Les recommandations énoncées dans le document ont été conçues pour être instaurées dans divers types d'établissements de santé, et les critères de surveillance et de vérification de l'organisation des soins ou des pratiques cliniques sont clairement définis. Dans bien des cas, les services sont offerts ou bien ils ne sont pas offerts, et ce sera le critère initial d'évaluation des services. Au fil de la restructuration des services, l'évaluation des programmes sera un élément très utile pour optimiser les soins à l'intention des personnes ayant survécu à un cancer.

## Conclusions

Le groupe consultatif national a conclu qu'il est justifié de dépister régulièrement la présence de fatigue chez les adultes atteints d'un cancer à l'aide d'outils de dépistage standardisés. Des évaluations globales et ciblées sont nécessaires pour établir la gravité et la nature des symptômes de fatigue et leurs répercussions sur le fonctionnement physique. Les membres de l'équipe clinique interprofessionnelle partagent la responsabilité des évaluations et du traitement. Lorsque des symptômes sont décelés, l'équipe clinique doit déterminer à quel moment aiguiller le patient vers un professionnel de la santé qualifié, en fonction des facteurs qui contribuent à la fatigue ou à partir des scores de seuil clinique définis par des outils valides et fidèles.

En matière de traitement, la fatigue et la faiblesse peuvent être liées à d'autres affections décelables et curables, comme la dépression et l'anémie. Les facteurs favorisants réversibles doivent être traités en premier, et des interventions non pharmacologiques ou psychosociales, telles que l'activité physique et la thérapie cognitivocomportementale, sont à envisager pour réduire le stress et accroître la qualité du sommeil. Le groupe consultatif national a étudié le recours aux médicaments pour soulager la fatigue et ne les recommande pas à l'heure actuelle puisqu'ils sont au stade expérimental.

Il faut adapter la prise en charge de la fatigue associée au cancer aux besoins du patient, qui devrait être pleinement informé des options et prendre part aux décisions en matière d'auto-traitement. Chaque établissement ou clinique devrait avoir des protocoles uniformisés de gestion de la fatigue, tenant compte des attentes ou des exigences de l'équipe clinique, dont un système d'aiguillage vers les spécialistes appropriés.

## Recommandations concernant la fatigue liée au cancer

---

Les recommandations et les outils d'application qui suivent reposent sur un consensus du groupe consultatif sur l'expérience globale du cancer du Partenariat canadien contre le cancer, composé d'experts cliniques et de chercheurs dans le domaine de la fatigue, et éclairé essentiellement par deux guides de pratique clinique produits par des groupes crédibles de formulation de lignes directrices<sup>38,39</sup>.

### 1. Dépistage

*(Recommandations fondées sur un consensus du groupe consultatif national, étayées par des preuves de catégorie 2A du NCCN et l'opinion d'experts de l'ONS†)*

- Dépister régulièrement la présence de fatigue dès le diagnostic.
- Soumettre tous les patients à un dépistage de la fatigue à leur première consultation, puis à intervalles réguliers (tous les jours pour les patients hospitalisés, lors des visites de routine et des contrôles pour les consultations externes et autosurveillance pour les patients en post-traitement) et selon la situation clinique, surtout lorsque l'état change.
- Effectuer le dépistage avec des outils valides et fidèles comportant des dimensions (mesurables) pertinentes sur le plan clinique et des scores de seuil cliniques établis (ex., Outil de dépistage de la détresse, incluant l'ESAS et la liste des problèmes [CPC]).
- Dans le cas des patients hospitalisés qui sont incapables d'attribuer une cote chiffrée à leur fatigue, utiliser une échelle nominale (légère-moderée-grave).

### 2. Évaluation globale et évaluation ciblée

*(Recommandations fondées sur un consensus du groupe consultatif national, étayées par des preuves de catégorie 2A du NCCN, des données de catégorie « probablement efficace » de l'ONS et l'opinion d'experts de l'ONS\*)*

- Soumettre les patients chez qui on a détecté une fatigue moyenne ou grave (score supérieur à 4 sur l'ESAS) à une évaluation globale et ciblée pour définir la nature et la gravité des symptômes.
- Exclure les causes médicales ou liées à la prise de substances (ex., anémie, infection, carences nutritives, effets secondaires des traitements ou des médicaments).
- Les évaluations sont la responsabilité partagée des membres de l'équipe clinique, en tenant compte du champ de compétence de chacun.
- Le bilan devrait comprendre l'histoire de la fatigue (étape du parcours du cancer, niveau d'activité avant le traitement, moment d'apparition, profil et durée de la fatigue, évolution au fil du temps, répercussions sur le fonctionnement et le quotidien), la recherche des facteurs favorisants (dépression, anémie, douleur, nausées, trouble du sommeil, affections concomitantes), un examen physique, une revue des symptômes et une auto-évaluation des causes contribuant à la fatigue.

---

† Consulter les lignes directrices du NCCN et de l'ONS pour la description des niveaux de preuve.

- Promouvoir une bonne communication entre le patient, les membres de la famille et l'équipe clinique afin de stimuler les échanges sur la réalité du patient et les conséquences de la fatigue sur son fonctionnement au quotidien.
- L'équipe clinique, collectivement, doit déterminer à quel moment le patient doit être adressé à un professionnel dûment formé (tous les patients qui ont un score ESAS correspondant à une fatigue grave, certains signes ou symptômes accompagnateurs, ou un seuil clinique défini par des outils d'évaluation des symptômes de fatigue valides et fiables).

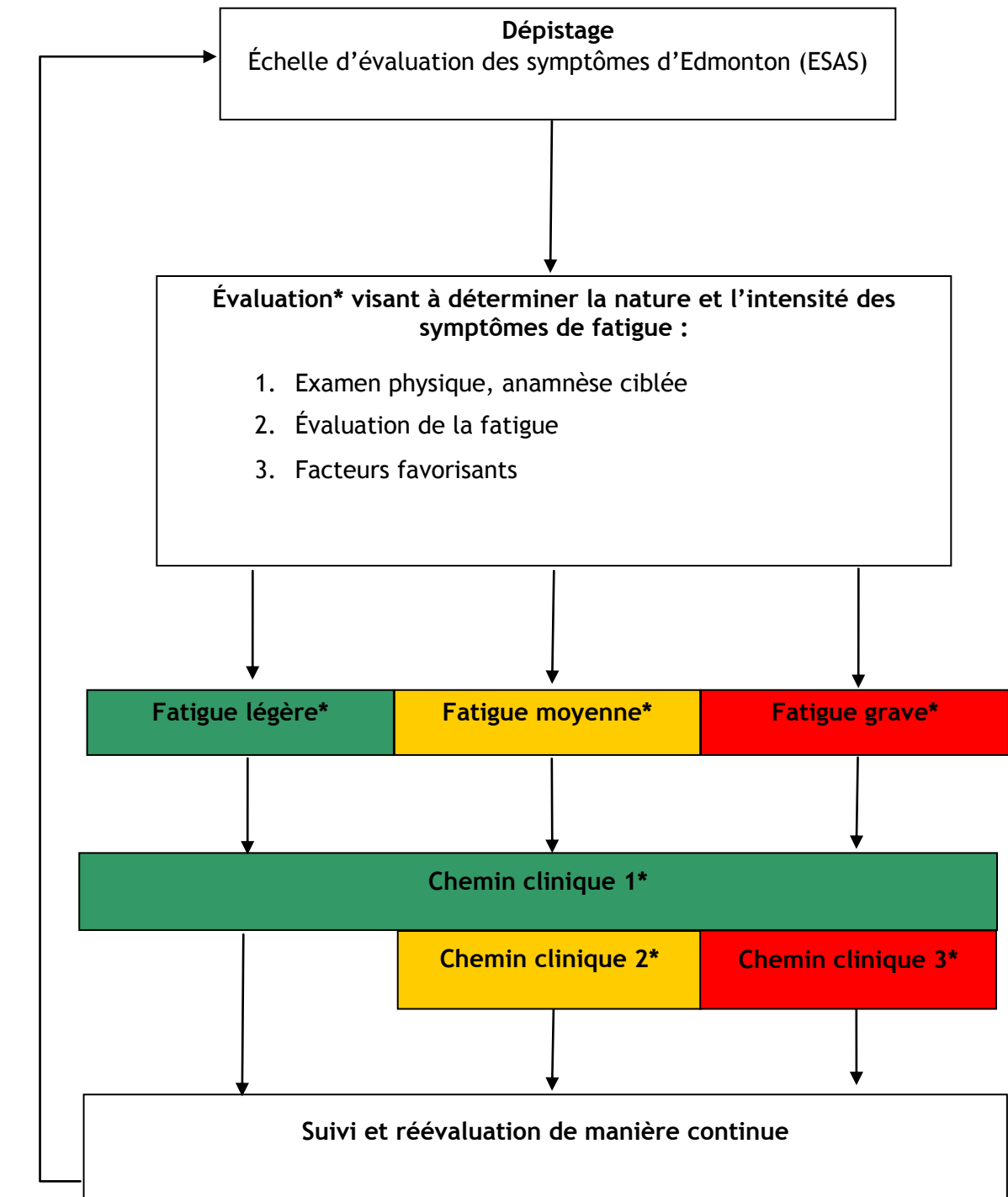
### 3. Interventions

*(Recommandations fondées sur un consensus du groupe consultatif national, étayées par des preuves de catégorie 1 et 2A du NCCN, des données de catégorie « recommandé en pratique » et « probablement efficace » de l'ONS et l'opinion d'experts de l'ONS\*)*

- Corriger d'abord les facteurs qui contribuent à la fatigue, de nature médicale ou liés à une substance (p. ex. douleur, dépression, anxiété, anémie, trouble du sommeil, carences nutritives, niveau d'activité, effets secondaires des médicaments, affections concomitantes).
- Sauf contre-indication, encourager les patients à pratiquer des activités physiques de moyenne intensité pendant et après le traitement anticancéreux (30 minutes d'activité physique modérée la plupart des jours); cela comprend un entraînement cardiorespiratoire (marche rapide, vélo, natation) et des exercices musculaires (poids).
- Les autres interventions non pharmacologiques englobent une consultation diététique, l'amélioration de la qualité du sommeil, les stratégies psychosociales d'adaptation à la fatigue (thérapie cognitivocomportementale, gestion du stress ou groupes de soutien), la relaxation, le massage et les activités de restauration de l'attention, par exemple une retraite dans la nature).
- Songer à recommander les patients sous traitement actif ou en post-traitement qui ressentent une fatigue moyenne ou grave aux soins d'un service de réadaptation, en physiothérapie, ergothérapie ou physiothérapie.
- Offrir à tous les patients un enseignement sur la fatigue avant le début du traitement et au moment du dépistage de la fatigue, ainsi que des conseils sur les stratégies de gestion de la fatigue (activité physique, conservation d'énergie, réduction du stress, distraction).
- Le recours aux médicaments contre la fatigue associée au cancer (psychostimulants, somnifères, corticostéroïdes à faible dose administrés à l'essai, tels que la prednisone ou la dexaméthasone) est considéré comme expérimental à l'heure actuelle et est donc déconseillé, sauf pour la fatigue extrême chez certains patients en fin de vie.
- Promouvoir une autosurveillance continue du degré de fatigue chez les patients ayant reçu un traitement contre le cancer puisque la fatigue peut survenir plus tard ou être une séquelle à long terme du cancer ou du traitement.
- Répéter au besoin le dépistage (ESAS) et l'évaluation chez les patients qui reçoivent un traitement ou qui ont un cancer avancé en progression afin de détecter tout changement concernant les dimensions subjectives et objectives de la fatigue.

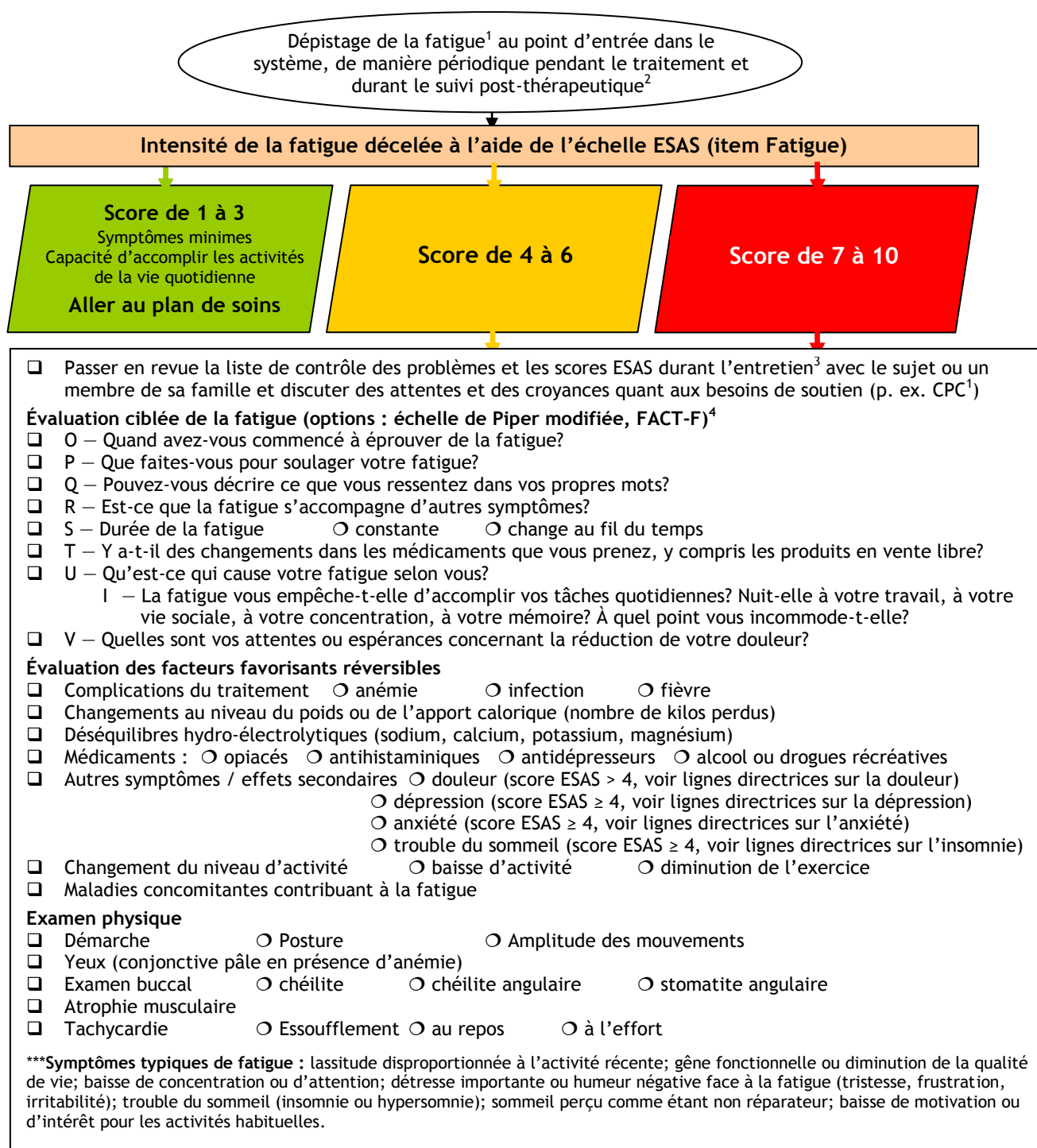


**Algorithme : Dépistage, évaluation et interventions –  
Fatigue liée au cancer chez les adultes**



\* Les composantes de l'algorithme sont détaillées à la page suivante.

Dépistage et évaluation : fatigue chez les adultes atteints d'un cancer\*



\* Consulter au préalable le guide complet pour la définition des abréviations, l'énoncé sur les droits d'auteur et l'avis de non-responsabilité.

1 Utiliser l'outil de dépistage de la détresse (SDT), englobant l'échelle ESAS et la liste canadienne de vérification des problèmes (CPC).

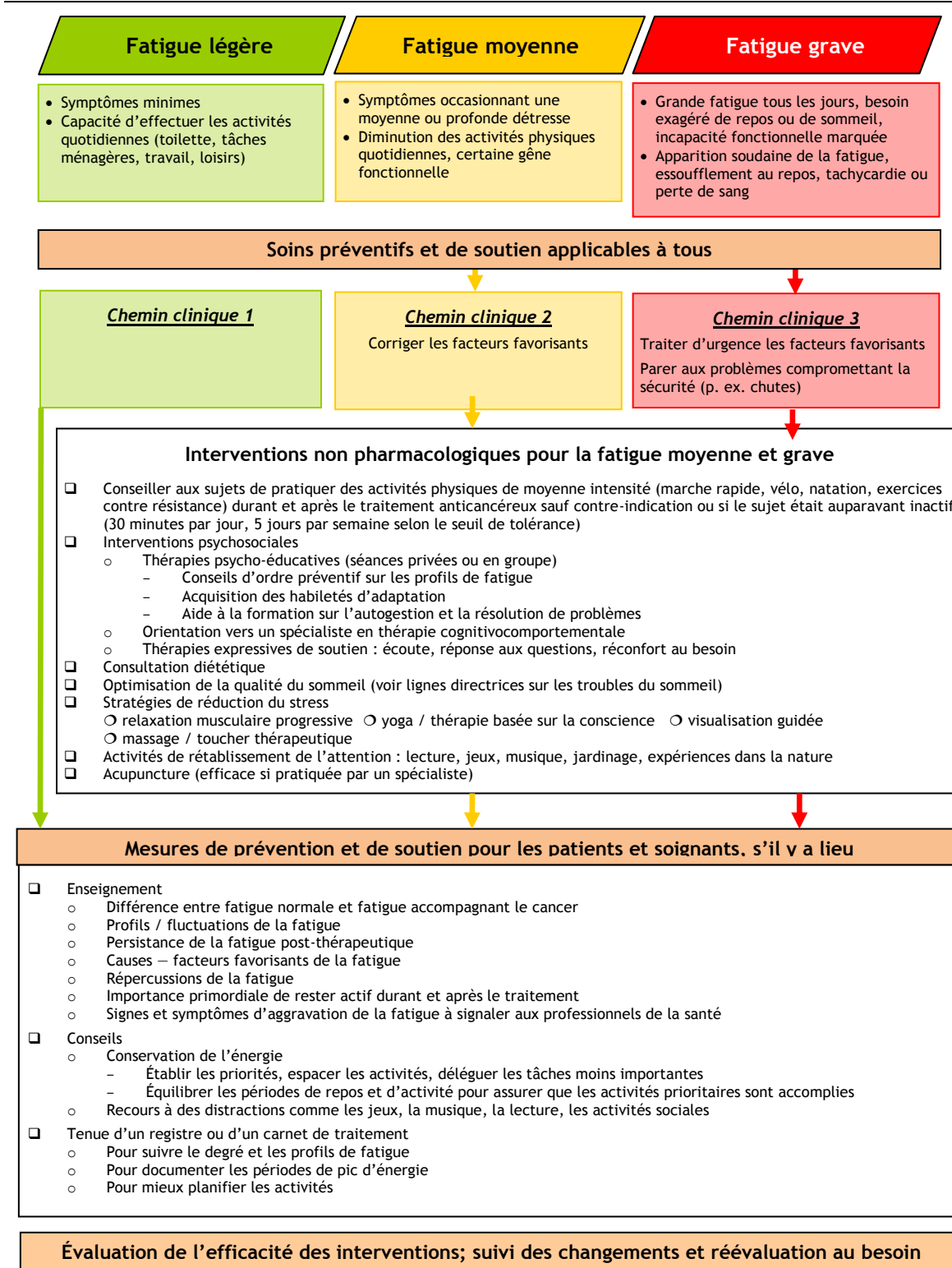
2 Au moment du diagnostic initial, au début des traitements, à intervalles réguliers au cours des traitements, au terme des traitements, durant le suivi ou lors de la transition vers la survie, au moment d'une rechute ou d'une progression, à un stade avancé de la maladie, à l'article de la mort et lors de transitions personnelles ou d'une réévaluation, par exemple en situation de crise familiale, durant la survie, en fin de vie.

3 L'équipe d'oncologie peut comprendre chirurgiens, oncologues, médecins de famille, personnel infirmier, travailleurs sociaux, psychologues, orienteurs et autres professionnels de la santé.

4 Acronyme OPQRSTU(I)V : O = Onset (origine); P = Provoking/Palliating (= facteurs qui provoquent / atténuent la fatigue); Q = Quality (qualité); R = Region or Radiating (région / retentissement); S = Severity & Duration (sévérité et durée); T = Treatment (traitement); U = Understanding (compréhension)/I = Impact (impact); V = Values (visées)



Plan de soins : fatigue chez les adultes atteints d'un cancer\*



\*Consulter le guide complet pour la description des interventions suggérées, l'énoncé sur les droits d'auteur et l'avis de non-responsabilité.

## Échelle ESAS et liste canadienne de vérification des problèmes

### Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (ESAS)

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Veillez encercler le chiffre décrivant le mieux ce que vous ressentez :

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur possible
Aucune fatigue	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire fatigue possible
Aucune nausée	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pires nausées possibles
Aucune dépression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire dépression possible
Aucune anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire anxiété possible
Aucune somnolence	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire somnolence possible
Meilleur appétit possible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire appétit possible
Meilleure sensation de bien-être	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire sensation de mal-être possible
Aucun essoufflement	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire essoufflement possible
Autre problème	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Rempli par :

- Patient
  Famille  
 Professionnel de la santé
  Avec l'aide de la famille ou d'un professionnel de la santé

### Liste canadienne de vérification des problèmes

Parmi les éléments de chacun des domaines énumérés ci-dessous, veuillez cocher tous ceux qui ont été une source de préoccupation ou un problème pour vous au cours de la semaine écoulée, incluant aujourd'hui :

#### Pratique :

- Travail/études
- Situation financière
- Déplacements pour les rendez-vous
- Logement

#### Émotionnel :

- Peurs/inquiétudes
- Tristesse
- Colère/frustration
- Changement d'apparence
- Intimité/sexualité

#### Spirituel :

- Questionnement sur le sens de la vie
- Foi/croyances

#### Social et familial :

- Impression d'être un fardeau
- Préoccupations envers la famille ou les amis
- Sentiment de solitude

#### Informationnel :

- Nature de la maladie et des traitements
- Communication avec l'équipe soignante
- Prise de décisions face aux traitements
- Ressources disponibles

#### Physique :

- Concentration/mémoire
- Sommeil
- Poids



## Annexe I : Matrice des recommandations

### Définitions de la fatigue liée au cancer

**NCCN** : Sensation subjective désagréable et persistante de manque d'énergie ou d'exténuation physique, émotionnelle et mentale en lien avec le cancer ou le traitement du cancer, qui est non proportionnée à l'activité récente et nuit au fonctionnement normal<sup>1</sup>.

**ONS** : Sensation subjective de manque d'énergie ou d'exténuation provoquée par le cancer ou son traitement, qui est disproportionnée au niveau d'activité récent et empêche d'accomplir les activités courantes<sup>40</sup>.

#### 1. Dépistage de la fatigue / évaluation des symptômes

<p><b>NCCN 20091</b></p>	<p>Recherche de la présence de fatigue comme signe vital chez tous les patients à leur première visite clinique, à intervalles appropriés durant et après le traitement anticancéreux et selon l'état clinique (MS-2).</p> <p>Dépistage quotidien pour les patients hospitalisés et lors des visites subséquentes et des contrôles chez les patients en consultation externe (MS-3).</p> <p>Question de dépistage recommandée : « Comment évalueriez-vous votre fatigue sur une échelle de 0 à 10 au cours des 7 derniers jours? » (pour les patients &gt; 12 ans : 0 = pas de fatigue, 10 = la pire fatigue imaginable).</p> <p><b>Remarques</b> : Recommandation de grade 2A. Scores-seuils : 0-3 = fatigue inexistante ou légère; 4-6 = fatigue moyenne; 7-10 = grande fatigue.</p> <p>Le NCCN fournit une liste de références qui renvoient aux outils d'évaluation de la fatigue d'usage courant. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahlberg et al. Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. <i>The Lancet</i> 2003;362:640-50. Description des échelles suivantes : <i>Piper Fatigue Scale</i>, <i>FACT-F (Functional Assessment of Cancer Therapy Fatigue)</i>, <i>Schwartz Cancer Fatigue Scale</i>, <i>Brief Fatigue Inventory</i>, <i>CLAS</i> (échelle linéaire analogique pour le cancer).</li> <li>• Oncology Nursing Society</li> <li>• Liste du NCI : <i>Brief Fatigue Inventory</i>, <i>FACT-A</i>, <i>FACT-F</i>, <i>Piper Fatigue Self-Report Scale</i>, <i>Schwartz Cancer Fatigue Scale</i>, <i>Fatigue Symptom Inventory</i>, <i>Profile of Mood States</i> (dimension fatigue/inertie), échelle visuelle analogique-fatigue (Lee) (<a href="http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/fatigue/HealthProfessional/">www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/fatigue/HealthProfessional/</a>), données extraites en mai 2010).</li> </ul>
<p><b>ONS 20072</b></p>	<p>Le guide ne décrit pas en détail le dépistage des symptômes de fatigue liée au cancer mais classe la recherche et la correction des causes réversibles comme stratégies « probablement efficaces ». Ces causes sont : douleur, nausées, dépression, hypothyroïdie, hypogonadisme, myocardiopathie, insuffisance surrénalienne, trouble pulmonaire, anémie, trouble du sommeil, déséquilibres hydro-électrolytiques, détresse émotionnelle et sédation secondaire à diverses classes de médicaments (opiacés, antidépresseurs, antiémétiques, antihistaminiques). L'ONS décrit les outils d'évaluation clinique<sup>19</sup> et précise que, indépendamment de l'instrument, les données devraient être comparables lors des évaluations ponctuelles<sup>19</sup>. Exemples d'outils d'évaluation des symptômes de fatigue : <i>Brief Fatigue Inventory</i>, échelle d'évaluation numérique (également appelée échelle de la fatigue de l'ONS) et <i>Revised Piper Scale</i><sup>19</sup>.</p>

## 2. Évaluation / investigations complémentaires / outils (évaluation approfondie)

<p><b>NCCN 20091</b></p>	<p>En présence de fatigue moyenne ou grave (détectée au dépistage), un professionnel de la santé expérimenté dans l'évaluation de la fatigue doit effectuer un bilan complémentaire.</p> <p>Ce bilan comprend un examen physique, une anamnèse ciblée, une évaluation approfondie de la fatigue et le relevé des facteurs y contribuant. Cette deuxième phase devrait commander l'aiguillage vers des spécialistes en travail social, en diététique ou en santé mentale de l'équipe d'oncologie, selon le problème détecté.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen physique</li> <li>• Anamnèse ciblée : étape clinique, traitements antérieurs, médicaments et réponse au traitement; rechute éventuelle; bilan fonctionnel.</li> <li>• Évaluation approfondie de la fatigue : moment d'apparition, profil, durée, changement au cours du temps, facteurs associés ou atténuants, gêne fonctionnelle (répercussions sur le fonctionnement normal et sur les tâches journalières ou les activités agréables), auto-évaluation des causes de la fatigue.</li> <li>• Facteurs favorisants : douleur, détresse émotionnelle, trouble du sommeil, anémie, carences nutritives, niveau d'activité, effets secondaires des médicaments (p. ex. sédation) et maladies concomitantes.</li> </ul> <p><b>Remarques :</b></p> <p>Évaluation de l'état nutritionnel : gain ou perte de poids, apport calorique, obstacles à l'apport alimentaire, déséquilibres hydro-électrolytiques. En présence d'anomalies importantes, une consultation diététique est à envisager.</p> <p>Évaluation du niveau d'activité : niveau actuel, changements dans les habitudes d'exercice et d'activité, influence du déconditionnement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le patient est-il capable d'accomplir ses activités quotidiennes normales?</li> <li>• Est-il en mesure de participer à un programme d'exercice formel ou informel?</li> <li>• Combien d'exercice fait-il et à quelle fréquence?</li> <li>• Le patient a-t-il changé ses habitudes d'exercice ou d'activité depuis que sa fatigue a commencé?</li> </ul> <p><i>Médicaments</i> : sans oublier les médicaments en vente libre, les herbes médicinales, les vitamines et autres suppléments; modifications récentes.</p>
<p><b>ONS 20072</b></p>	<p>Le guide ne donne pas de détails concernant l'évaluation. Le chapitre sur la fatigue<sup>19</sup> suggère qu'une évaluation devrait comprendre un auto-questionnaire (à cause de la nature subjective de la fatigue liée au cancer) et un bilan détaillé des facteurs de risque et favorisants en plus d'un outil de mesure clinique. L'ONS<sup>19</sup> en fournit également quelques exemples (Brief Fatigue Inventory, échelle d'évaluation numérique [aussi appelée échelle de la fatigue de l'ONS] et échelle de Piper modifiée). Principaux symptômes visés par le guide sur l'évaluation de l'ONS<sup>19</sup> (sous forme de liste de contrôle) : essoufflement, palpitations cardiaques, manque d'énergie en général.</p>

### 3. Interventions

#### NCCN 20091

La correction de tout facteur contribuant à la fatigue (anémie, carences nutritives, douleur) est la première étape. Si un patient ne présente aucun facteur favorisant réversible ou continue d'être moyennement ou gravement fatigué après le traitement des facteurs favorisants, il y a lieu de considérer des interventions en fonction de l'étape clinique (traitement actif, après-traitement, phase terminale).

L'enseignement et le counseling sont au cœur d'une prise en charge efficace. Les autres interventions sont d'ordre pharmacologique et non pharmacologique; il faut souvent recourir aux deux.

Recommandation de réévaluer et de surveiller la fatigue chez tous les patients.

#### **Non pharmacologiques**

##### **Exercice (catégorie 1) :**

Conformément aux recommandations du directeur du service de santé publique des États-Unis pour toutes les populations, inciter tous les patients à faire 30 minutes d'activité physique de moyenne ou forte intensité la plupart des jours de la semaine. Personnaliser le programme en tenant compte de l'âge, du sexe, de l'état de la maladie, du type de cancer et de la condition physique du patient; commencer par une discussion et des exercices de faible intensité et de courte durée, progresser lentement et modifier le programme selon les changements de l'état clinique. Préconiser des séances de 20 à 30 minutes, 3 à 5 fois par semaine, du moins au début.

*Remarques :* L'exercice est à utiliser avec précaution en présence de métastases osseuses, de neutropénie, de thrombopénie, d'anémie et de fièvre, avec mise en balance des risques et des avantages (MS-9). Dans certains cas, un programme d'exercice modifié peut être recommandé. Par exemple, le patient neutropénique doit éviter de fréquenter les endroits où le risque d'infection est élevé, notamment les gymnases et les piscines.

Certains patients auront besoin d'être dirigés vers des services spécialisés, soit en physiothérapie, psychiatrie ou réadaptation, pour une évaluation et la prescription d'un programme d'exercice, en particulier en présence de comorbidité (MPOC, MCV), d'une intervention chirurgicale récente, d'un déconditionnement marqué, d'une amplitude limitée des mouvements ou de déficits anatomiques.

##### **Interventions psychosociales (catégorie 1) :**

Il y a lieu de conseiller les patients concernant la gestion du stress et les stratégies pour faire face à la dépression et à l'anxiété. Les interventions sont entre autres l'éducation, les groupes de soutien, les séances de thérapie privée, une stratégie intensive d'adaptation, une thérapie cognitivocomportementale, la gestion du stress et une intervention comportementale sur mesure.

*Remarques :* Les interventions éducatives et le counseling doivent être utilisés chez toutes les personnes atteintes d'un cancer, mais elles profitent le plus à celles qui entreprennent un traitement provoquant la fatigue (p. ex. interventions éducatives sur les sensations physiques, conseils préventifs, stratégies d'adaptation et accompagnement professionnel), en vue d'atténuer la fatigue par l'autogestion.

##### **Activités de restauration de l'attention :**

Les expériences en milieu naturel peuvent avoir un effet récupérateur.

##### **Consultation diététique :**

La consultation pour des problèmes de nutrition peut aider à gérer les carences nutritives résultant de l'anorexie, de la diarrhée, des nausées et des vomissements. La rééquilibration hydro-électrolytique est également essentielle pour prévenir et soulager la fatigue.

##### **Thérapie du sommeil :**

Quatre types structurés : thérapie cognitivocomportementale (TCC), thérapies complémentaires, mesures psycho-éducatives et informationnelles et exercice.

*TCC :* contrôle des stimulus (maintenir un profil régulier de rythmes veille-sommeil, se lever au bout de 20 minutes si le sommeil ne vient pas), restriction du sommeil (limiter le temps total passé au lit, éviter les siestes), hygiène du sommeil (éviter la caféine, assurer que la chambre est propice au sommeil). Les techniques de relaxation peuvent aussi avoir des effets bénéfiques.

*Thérapies complémentaires* : la visualisation guidée, la relaxation musculaire progressive et le yoga, entre autres, donnent des résultats encourageants.

**Pharmacologiques**

Les agents pharmacologiques comprennent les antidépresseurs pour traiter la dépression et les agents stimulant l'érythropoïèse pour corriger l'anémie.

Selon le NCCN, il faut plus de recherches sur l'emploi des psychostimulants (p. ex. méthylphénidate, modafinil, dexamphétamine) et les corticostéroïdes à faible dose (p. ex. prednisone, dexaméthasone) en fin de vie pour la fatigue extrême. Il est à noter qu'il existe peu d'études et que la posologie et la fréquence d'administration optimales n'ont pas été établies dans les cas de cancer.

La carnitine est un micronutriment qui intervient dans la production d'énergie au niveau cellulaire. Certains agents de chimiothérapie provoquent une perte de carnitine dans l'urine. Le rôle de la L-carnitine dans le soulagement de la fatigue est donc prometteur, mais il doit être étayé par un large essai clinique randomisé.

**ONS 20072**

**Exercice** : La seule stratégie que l'ONS qualifie de « recommandée en pratique ». La tendance générale des résultats indique que la pratique d'exercice plusieurs fois par semaine (marche, vélo, natation, exercices contre résistance ou combinés avec l'entraînement cardiovasculaire) peut réduire la fatigue durant et après le traitement du cancer. Des études supplémentaires sont toutefois nécessaires pour établir systématiquement que l'exercice (cardio et musculation) n'est pas néfaste et pour adapter le type, l'intensité, la fréquence et la durée d'activité physique selon la tumeur (en fonction de la population de patients atteints d'un cancer), le stade de la maladie et le traitement.

**Économie d'énergie** : L'économie d'énergie est la gestion délibérée et planifiée des activités et des ressources d'énergie personnelles (équilibre entre repos et activité de façon à maintenir les activités importantes); elle consiste à planifier, prioriser, déléguer, espacer les activités, en se ménageant des plages de repos. Elle est classée parmi les stratégies « probablement efficaces ».

**Recherche des facteurs en cause et correction s'il y a lieu :**

Principaux facteurs causals réversibles : douleur, nausées, dépression, hypothyroïdie, hypogonadisme, myocardiopathie, insuffisance surrénalienne, trouble pulmonaire, anémie, trouble du sommeil, déséquilibre hydro-électrolytique, détresse émotionnelle et sédation secondaire à certaines classes de médicaments (opiacés, antidépresseurs, antiémétiques, antihistaminiques) ou due aux interactions médicamenteuses. L'ONS estime que le soulagement de la douleur est « probablement efficace » pour atténuer la fatigue associée au cancer.

**Enseignement et counseling** : Ces deux stratégies sont utiles chez toute personne atteinte d'un cancer, mais surtout pour les patients qui entreprennent les traitements occasionnant de la fatigue (p. ex. conseils préventifs, acquisition d'habiletés d'adaptation). Une consultation concernant les carences nutritives pouvant résulter de l'anorexie, de la diarrhée, des nausées et des vomissements accompagnant le cancer ou son traitement peut se révéler utile.

**Mesures pour optimiser la qualité du sommeil**

**Relaxation** : La relaxation musculaire progressive fait partie des techniques de détente physique et mentale.

**Massage, toucher thérapeutique, traitement par polarité** : Le massage et le toucher thérapeutique (combinés dans certaines études avec la centration, la respiration et la musicothérapie) peuvent réduire la fatigue. Le traitement par polarité (qui favoriserait la guérison, la détente et le bien-être en débloquent et équilibrent le flux d'énergie et en rétablissant l'homéostasie à l'intérieur du champ d'énergie humain) pourrait être efficace pour alléger la fatigue. Les stratégies intégrant le massage et le toucher thérapeutique sont peut-être efficaces, mais cela reste à confirmer par des études.

#### 4. Effets bénéfiques et nocifs

Bienfaits	
NCCN 20091	Voir Interventions.
ONS 20072	Voir Interventions.
Méfaits	
NCCN 20091	<p>Les interventions pharmacologiques sont à utiliser avec prudence et sont contre-indiquées tant que les problèmes propres au cancer et aux traitements n'ont pas été caractérisés et exclus.</p> <p>La posologie et la fréquence d'administration optimales n'ont pas été établies pour l'usage des médicaments en cancérologie.</p>
ONS 20072	<p>Exercice : sécurité et adaptation. Mises en garde pour certaines populations.</p> <p>En général, l'emploi de somnifères chez les patients atteints d'un cancer est peu documenté, et il faut une évaluation systématique concernant l'efficacité, l'innocuité et les interactions médicamenteuses possibles.</p> <p><b>Correction de l'anémie au moyen d'agents stimulant l'érythropoïèse :</b></p> <p>Il faut des preuves plus solides pour appuyer sans équivoque l'usage d'agents stimulant l'érythropoïèse comme intervention visant à améliorer des indicateurs subjectifs comme la fatigue. Bien que l'époétine et la darbépoétine soient généralement bien tolérées, leur utilisation pour soulager la fatigue doit tenir compte des effets indésirables, notamment un risque accru d'accidents thrombotiques et d'hypertension, et la possibilité que ces produits stimulent la croissance ou la dissémination tumorales dans les cancers de la tête et du cou, du sein, du poumon non à petites cellules et du col de l'utérus.</p> <p>Une extrême prudence s'impose dans l'usage des stimulants de l'érythropoïèse à fortes doses, la cible étant un taux d'hémoglobine <math>\geq 12</math> g/dl, et pour un traitement prolongé. Ces produits peuvent être contre-indiqués dans le traitement de l'anémie du cancer ou la correction de l'anémie en présence de tumeurs malignes solides ou hématologiques non myéloïdes (p. ex. myélome, leucémie chronique lymphocytaire, lymphome non hodgkinien) ou en présence d'un risque élevé de complications thromboemboliques. Il convient de suivre les lignes directrices nationales de pratique clinique<sup>1</sup> et les recommandations de la FDA pour la prise en charge des patients sous agents stimulant l'érythropoïèse, notamment pour les décisions concernant le suivi des patients, les seuils justifiant un traitement, les réductions posologiques, l'arrêt du traitement et le recours à un supplément en fer<sup>1-19</sup>.</p>



## References

- <sup>1</sup> National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Cancer-Related Fatigue, V.2.2009 (juin 2009). Accessibles à [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/fatigue.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/fatigue.pdf). Site consulté en décembre 2009.
- <sup>2</sup> Mitchell S, Beck S, Hood L, Moore K, Tanner E; Oncology Nursing Society. Putting Evidence into Practice (PEP). Evidence-based interventions for fatigue during and following cancer and its treatment. *Clin J Oncol Nurs* 2007;11(1):99-113.
- <sup>3</sup> Bower JE, Ganz P, Desmond K *et al.* Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. *Cancer* 2006;106(4):751-8.
- <sup>4</sup> Hung R, Krebs P, Coups EJ *et al.* Fatigue and functional impairment in early-stage non-small cell lung cancer survivors. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(2):426-35.
- <sup>5</sup> Storey DJ, McLaren DB, Atkinson MA *et al.* Clinically relevant fatigue in recurrence-free prostate cancer survivors. *Ann Oncol* 2011. [Epub avant impression].
- <sup>6</sup> Lawrence DP, Kupelnick B, Miller K, Devine D, Lau J. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32:40-50.
- <sup>7</sup> McNeil C. No rest for fatigue researchers. *J Natl Cancer Inst* 2008;100(16):1129-31.
- <sup>8</sup> Portenoy R. Cancer-related fatigue: an immense problem. *The Oncologist* 2000;5(5):350-2.
- <sup>9</sup> Glaus A. Cancer-related fatigue: new theories? *Support Care Cancer* 2008;16(3):215-6.
- <sup>10</sup> Barsevick AM, Whitmer K, Walker L. In their own words: using the common sense model to analyze patient descriptions of cancer-related fatigue. *Oncol Nursing Forum* 2001;28:1363-69.
- <sup>11</sup> Barsevick A, Frost M, Zwiderman A, Hall P, Halyard M; GENEQOL Consortium. I'm so tired: biological and genetic mechanisms of cancer-related fatigue. *Qual Life Res* 2010;19(10):1419-27. Epub 16 octobre 2010. Synthèse.
- <sup>12</sup> Minton O, Stone P. A systematic review of the scales used for the measurement of cancer-related fatigue (CRF). *Ann Oncol* 2009;20:17-25.
- <sup>13</sup> Stone P, Richardson A, Ream E, Smith AG, Kerr DJ, Kearney N. Cancer-related fatigue: inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multi-centre patient survey. Cancer Fatigue Forum. *Ann Oncol* 2000;11(8):971-5.
- <sup>14</sup> Institute of Medicine (IOM). Cancer care for the whole patient: meeting psychosocial health needs. Adler NE, Page AEK, editors. Washington, DC: The National Academies Press; 2008.
- <sup>15</sup> Fervers B, Burgers J, Haugh M, Laterille J, Mlika-Cabanne N, Paquet L *et al.* Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Quality Health Care* 2006;18(3):167-76.
- <sup>16</sup> Harrison MB, Légaré F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *CMAJ* 7 décembre 7, 2009, doi: 10.1503/cmaj.081232.
- <sup>17</sup> Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G *et al.* Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *CMAJ* 2010;182(10):1045-52.

- 18 Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al.; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Prev Med* 2010;51(5):421-4.
- 19 Eaton L, Tipton J, editors. Putting Evidence into Practice: improving oncology patient outcomes. Oncology Nursing Society (ONS); 2009. p.149-74. Accessible à [www.ons.org/Research/PEP/Topics/Fatigue](http://www.ons.org/Research/PEP/Topics/Fatigue) ou [www.ons.org/Research/PEP/media/ons/docs/research/outcomes/fatigue/samplechapter.pdf](http://www.ons.org/Research/PEP/media/ons/docs/research/outcomes/fatigue/samplechapter.pdf). Site consulté en décembre 2009.
- 20 Howell D, Currie S, Mayo S, Jones G, Boyle M, Hack T *et al.* Guide pancanadien de pratique clinique : évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte atteint de cancer. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer (groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale; mai 2009.
- 21 Action Cancer Ontario (ACO). Pratique des soins infirmiers au téléphone et lignes directrices pour le traitement des symptômes, 2004. Accessible à [www.cancercare.on.ca](http://www.cancercare.on.ca). Site consulté en janvier 2010.
- 22 Action Cancer Ontario (ACO). Palliative care collaborative care plan: fatigue (cancer patients); 2005.
- 23 Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer. Partenariat canadien contre le cancer. Guide d'implantation du dépistage de la détresse, le 6<sup>e</sup> signe vital. Vers des soins centrés sur la personne. Partie A : Contexte, recommandations et implantation. Toronto: Partenariat canadien contre le cancer; 2009.
- 24 Fraser Health Hospice Palliative Care Program Symptom Guidelines ([www.fraserhealth.ca](http://www.fraserhealth.ca)) – Fatigue, approuvé en novembre 2006.
- 25 National Cancer Institute (NCI) – Fatigue (PDQ®): Supportive care - health professional information, mis à jour le 12 mars 2010. Accessible à [www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/fatigue/HealthProfessional](http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/fatigue/HealthProfessional). Site consulté en mars 2010.
- 26 Brown L, Kroenke K. Cancer-related fatigue and its association with depression and anxiety: a systematic review. *Psychosomatics* 2009;50(5):440-7.
- 27 Cramp F, Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Base de données de revues systématiques Cochrane*. 2008, numéro 2.
- 28 Goedendorp MM, Gielissen MFM, Verhagen CAHHVM, Bleijenberg G. Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Base de données de revues systématiques Cochrane*. 2009, numéro 1.
- 29 Kirkova J, Davis MP, Walsh D *et al.* Cancer symptom assessment instruments: a systematic review. *J Clin Oncol* 2006;24:1459-73.
- 30 National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Cancer-Related Fatigue, V.1.2011. Accessible à [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/fatigue.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/fatigue.pdf). Site consulté en décembre 2010.
- 31 Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7(2):6-9.
- 32 Linden W, Yi D, Barroetavena MC, MacKenzie R, Doll R. Development and validation of a psychosocial screening instrument for cancer. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:54.

- 33 Chang VT, Hwang SS, Feuerman M. Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *Cancer* 2000;88:2164-71.
- 34 Nikolaichuk C, Watanabe S, Beaumont C. The Edmonton Symptom Assessment System: a 15-year retrospective review of validation studies (1991-2006). *Palliat Med* 2008;22:111-22.
- 35 Zhang M, Liu X, Li J, He L, Tripathy D. Chinese medicinal herbs to treat the side-effects of chemotherapy in breast cancer patients. *Base de données de revues systématiques Cochrane*. 2007, numéro 2.
- 36 Minton O, Stone P, Richardson A, Sharpe M, Hotopf M. Drug therapy for the management of cancer related fatigue. *Base de données de revues systématiques Cochrane*. 2008, numéro 1. Art. No.: CD006704. DOI: 10.1002/14651858.CD006704.pub2.
- 37 Howell D, Hack T, Chulak T, Oliver TK, Mayo S, Aubin M *et al.* Pan-Canadian guidance on psychosocial and supportive care services and clinical practices for adult cancer survivors. Toronto: Canadian Partnership Against (Cancer Journey Survivorship Expert Panel); 2011.
- 38 National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Cancer-Related Fatigue, V.2.2009 (juin 2009). Accessibles à [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/fatigue.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/fatigue.pdf). Site consulté en décembre 2009.
- 39 Mitchell S, Beck S, Hood L, Moore K, Tanner E; Oncology Nursing Society. Putting Evidence into Practice (PEP). Evidence-based interventions for fatigue during and following cancer and its treatment. *Clin J Oncol Nurs* 2007;11(1):99-113.
- 40 Oncology Nursing Society. PEP Quick View for Fatigue. [www.ons.org/Research/PEP/media/ons/docs/research/outcomes/fatigue/quickview.pdf](http://www.ons.org/Research/PEP/media/ons/docs/research/outcomes/fatigue/quickview.pdf)

