

Sommaire

CARENCE MARTIALE



Physiopathologie de
l'anémie par carence martiale
en cancérologie - 02 -

Dr Mario Di Palma

Les conséquences mal
connues de l'anémie par
carence martiale - 03 -

Dr Hélène Simon

Recommandations pour
la prise en charge de la carence
martiale et de l'anémie
chimio-induite (ESMO/ASCO-
ASH/AFSOS/NCCN) - 05 -

Dr Didier Mayeur

Rompre l'isolement,
partager l'espoir,
trouver du soutien
avec l'association
« Patients en réseau »

Laure Guéroult-Accolas

- 07 -

Directeur de la publication : Gilles Cahn
Redacteur en chef : Claude Linassier
Ont participé à ce numéro :
Mario Di Palma (Paris)
Hélène Simon (Brest)
Didier Mayeur (Dijon)
Laure Guéroult-Accolas (Paris)
Secrétaire de rédaction : Marine Rivière
Graphiste : Stéphane Bouchard
Directrice de clientèle : Brigitte Chantrelle
Impression : Corlet

Édité par : John Libbey Eurotext
Siret : 328195904 00045



Édito

Anémie, carence martiale et cancer



**Pr Claude
LINASSIER**

Chef de service
d'oncologie
médicale, CHRU
Bretonneau

[claudelinassier@
univ-tours.fr](mailto:claudelinassier@univ-tours.fr)

ITO affirme sa mission dans son titre : favoriser l'accès aux innovations et aux thérapeutiques en oncologie. Entièrement rédigés en français, les revues générales, les points d'actualité sur la littérature et les comptes rendus de congrès internationaux facilitent la diffusion des nouveautés, de plus en plus nombreuses et techniques. Avec cette première « infolettre », diraient nos cousins québécois, « newsletter », traduiraient les Anglo-Saxons, nous inaugurons une série de numéros thématiques complémentaires, destinés à l'actualisation de nos pratiques mises à mal par le flux incessant des communications et des recommandations.

La carence martiale associée ou non à l'anémie est un symptôme fréquent en cancérologie. Sa profondeur et sa durée sont variables selon les caractéristiques de la tumeur, son extension et le terrain.

La symptomatologie de la carence martiale associée ou non à l'anémie a longtemps été réduite à la pâleur et à la dyspnée. Elle fut souvent « respectée », voire ignorée, au détriment de la qualité de vie du patient. Le papier d'Hélène Simon dépeint un tableau beaucoup plus riche de la carence martiale et de l'anémie, incluant ses manifestations mal connues, psychiques, immunitaires et leur retentissement sur la qualité de vie.

Dans une joute dialectique sur les causes de la carence martiale et de l'anémie ferriprive, on oppose classiquement les saignements, les causes carentielles, inflammatoires et l'insuffisance médullaire. Les effets délétères de l'âge, des traitements et de comorbidités nombreuses sont aussi bien connus. À la lumière des données physiopathologiques récentes, Mario Di Palma revoit en profondeur les mécanismes de la carence martiale et de l'anémie ferriprive.

Pendant des décennies, en dehors de la correction des carences en fer, en folates ou plus rarement en vitamine B12, la transfusion sanguine fut le seul traitement de l'anémie associée au cancer. Les risques de contamination, de surcharge martiale et la relative rareté des donneurs conduisaient à ne réserver les transfusions de culots globulaires qu'aux patients présentant un taux d'hémoglobine très bas ou tolérant mal leur anémie. La mise à disposition des facteurs de croissance recombinants, en particulier des érythropoïétines, a constitué une petite révolution thérapeutique. La démonstration récente de la mauvaise utilisation des stocks de fer chez le patient cancéreux a été à l'origine d'un changement de paradigme, avec l'utilisation du fer intraveineux. L'article de Didier Mayeur rend compte des dernières recommandations internationales pour la gestion de la carence martiale et de l'anémie chimio-induite chez le patient atteint de cancer.

Nous vous souhaitons une bonne lecture. Puisse ce document vous aider à la prise en charge quotidienne des patients. •

Physiopathologie de l'anémie par carence martiale en cancérologie



Dr Mario DI PALMA

Directeur médical, oncologue, Hôpital américain de Paris

mario.dipalma@ahparis.org

Le métabolisme du fer [1]

Le fer intervient dans de très nombreuses fonctions cellulaires de l'organisme; il est, en particulier, présent au niveau de l'hémoglobine (globules rouges) et de la myoglobine (muscles). Ce fer héminique représente la majeure partie du stock de fer de l'organisme, qui s'élève de 3 à 5 g au total. Les besoins quotidiens sont de 20 à 25 mg par jour. Ceci correspond globalement aux pertes physiologiques par desquamation, sudation, etc. L'apport de fer alimentaire (viande et certains végétaux) est de 1 à 2 mg.

Son absorption se fait au niveau des entérocytes, essentiellement du duodénum. Il est important de noter que ce système de réabsorption est saturable.

Le fer est ensuite transporté afin d'être stocké (essentiellement dans le foie et la rate) ou d'être utilisé, en particulier lors de la synthèse des globules rouges.

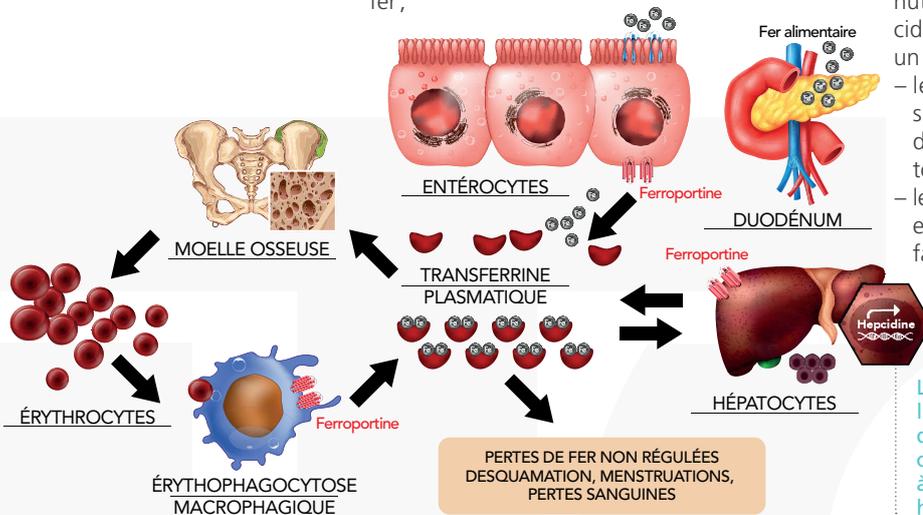
En fait, la majeure partie des besoins en fer va être couverte par le recyclage du fer déjà présent dans l'organisme, en partie au niveau des globules rouges vieillissants qui sont détruits par les macrophages du système réticulo-endothélial, ce qui libère environ 20 à 25 mg de fer par jour. Quatre protéines principales jouent un rôle dans le métabolisme du fer :

- la ferroportine [2] présente, entre autres, au niveau de la membrane des entérocytes et des macrophages, et qui permet la réabsorption du fer;

Ce qu'il faut retenir

- Les besoins quotidiens en fer sont principalement couverts grâce au recyclage des globules rouges par les macrophages.
- Les quatre protéines du métabolisme du fer sont la ferroportine pour l'absorption, la transferrine pour le transport, la ferritine pour le stockage et l'hepcidine pour la régulation.
- Devant toute anémie par carence martiale, le bilan doit comporter un dosage de la ferritine et du coefficient de saturation de la transferrine (CST).
- La carence martiale fonctionnelle (ferritine normale ou élevée et CST bas), observée lors de cancers, doit faire envisager une supplémentation par fer intraveineux.

- la transferrine, qui transporte le fer dans le sang, le fer libre étant toxique car produisant des radicaux libres;
- la ferritine, qui permet son stockage;
- l'hepcidine [3], qui inhibe l'activité de la ferroportine; le fer se retrouve bloqué dans les entérocytes, les macrophages ou les cellules de Kupffer du foie. Ainsi, l'augmentation du taux d'hepcidine induit une hyposidérémie; sa diminution augmente le taux de fer sérique. L'hepcidine est elle-même soumise à régulation par un certain nombre de facteurs:
 - le taux d'hepcidine augmente en cas de surcharge hépatique du fer, d'augmentation de la sidérémie ou de processus inflammatoire (via en particulier l'interleukine-6);
 - le taux d'hepcidine diminue en cas de carence en fer, d'hypoxémie et sous l'effet de divers facteurs endocriniens.



L'hepcidine est principalement produite par le foie. Cette hormone joue un rôle central dans la régulation du métabolisme du fer, en contrôlant la concentration de ferroportine à divers niveaux: entérocytes, macrophages, hépatocytes.

La carence martiale peut donc être de deux origines :

- absolue : baisse du stock de fer sous les 3 g (c'est le cas, par exemple, en cas de saignement chronique) ;
- fonctionnelle : le stock de fer est normal, voire élevé, mais il y a séquestration et défaut d'utilisation du fer (c'est le cas, par exemple, dans les anémies inflammatoires).

Ces deux mécanismes peuvent être associés, par exemple chez un patient souffrant d'un cancer digestif.

Bilan diagnostic [4]

Le bilan martial doit donc comprendre un dosage de ferritinémie, reflet du fer de stockage (seuil 100 nanogrammes/ml), et le coefficient de saturation de la transferrine, reflet du fer transporté (seuil 20 %). En cas de carence martiale absolue, la ferritine est basse et le coefficient de

saturation de la transferrine est bas. En cas de carence martiale fonctionnelle, la ferritine est normale ou élevée et le coefficient de saturation de la transferrine est bas.

Conséquences en thérapeutique

Il est essentiel devant toute anémie par carence martiale de réaliser un bilan martial comprenant la ferritine et le coefficient de saturation de la transferrine.

Un cancer est souvent associé à un état inflammatoire : dans ce cadre, l'utilisation du fer oral est peu pertinente car non seulement l'absorption digestive physiologique du fer est limitée et saturable, mais l'augmentation du taux d'hepcidine liée à l'inflammation va réduire encore les capacités d'absorption intestinale et la tolérance du fer oral. Ces éléments doivent faire envisager une supplémentation du fer par voie intraveineuse [5]. •

1. Camaschella C. Iron-deficiency anemia. *N Engl J Med* 2015; 372: 1832-43.
2. Nemeth E, Tuttle MS, Powelson J, et al. Hcpidin regulates cellular iron efflux by binding to ferroportin and inducing its internalization. *Science* 2004; 306: 2090-3.
3. Fleming RE, Sly WS. Hcpidin: A putative iron-regulatory hormone relevant to hereditary hemochromatosis and the anemia of chronic disease. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2001; 98: 8160-2.
4. Schwartz RN. Anemia in patients with cancer: Incidence, causes, impact, management, and use of treatment guidelines and protocols. *Am J Health-Syst Pharm* 2007; 64 (Suppl 2): S5-13.
5. Aapro M, Beguin Y, Bokemeyer C, et al. Management of anaemia and iron deficiency in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018; 29 (Suppl 4): iv271.

Les conséquences mal connues de l'anémie par carence martiale



Dr Hélène
SIMON

Chef de service
d'oncologie
médicale, CHU
Morvan Brest

helene.simon@
chu-brest.fr

L'anémie ferriprive ou anémie par carence martiale peut être responsable d'un large éventail de dysfonctionnements dans la majorité des tissus et organes. La sévérité des symptômes ne dépend pas uniquement du degré de l'anémie, mais aussi de sa rapidité de survenue et du terrain physiopathologique du patient (état général, comorbidités, âge).

Quels sont ces symptômes ? Ils ont été décrits depuis fort longtemps ; déjà au XVII^e siècle, les jeunes femmes atteintes de « chlorose » présentaient une pâleur marquée, des signes d'essoufflement, des troubles des phanères et une grande fatigue ou « langueur ». On leur préconisait alors des cures d'eau ferrugineuse.

Les symptômes de l'anémie ferriprive apparaissent progressivement.

Quels sont les mécanismes d'adaptation de l'organisme et quels sont les symptômes d'une anémie ferriprive ?

L'organisme va d'abord essayer de contrebalancer les effets de l'anémie ferriprive :

- *via* une augmentation du débit cardiaque et une accélération du cœur qui va se traduire *a minima* par une tachycardie d'effort, puis de repos, avec le risque de décompenser une cardiopathie sous-jacente ;
- *via* une augmentation de la fréquence respiratoire pour accroître l'oxygénation du sang, entraînant une dyspnée d'effort puis de repos ;
- l'organisme va privilégier l'apport de sang vers les organes vitaux, comme le cœur, les reins et le cerveau au détriment des autres tissus, ce qui explique la pâleur cutanéomuqueuse ainsi que les nausées et l'anorexie que l'on peut observer.

Cependant, ces mécanismes de compensation vont finir par être débordés et vont apparaître des symptômes liés à la privation d'oxygène :

- la carence en fer et le défaut d'oxygénation vont être responsables d'un dysfonctionnement de l'immunité innée et adaptative, cellulaire et humorale et donc d'une moindre capacité de défense contre les agents pathogènes ou contre le développement des lésions tumorales [1];
- l'hypoxie cérébrale peut provoquer des maux de tête, des vertiges, des acouphènes, etc., et l'anémie va induire des troubles cognitifs. Ces troubles ont été décrits chez des sujets jeunes atteints de carence martiale sans anémie [2], chez des patients présentant une anémie chimio-induite [3], et particulièrement chez les sujets âgés [4] chez lesquels ils participent au déclin fonctionnel et à la fragilité. Or, en gériatrie et en oncologie, la fragilité a un impact pronostique.

La survenue d'une anémie ou d'une carence martiale sans anémie va entraîner une diminution de l'adaptation à l'effort et de la fatigue [3, 5]. La fatigue est le symptôme le plus souvent rapporté par les patients atteints de cancer qui les empêche de mener une vie « normale » [6].

La fatigue est également la cause prédominante de la diminution de la qualité de vie, retrouvée systématiquement en cas d'anémie ferriprive liée au cancer ou pas [7]. D'autres symptômes impactant la qualité de vie sont rapportés, comme l'existence fréquente de troubles de la libido et la dépression. Le lien entre carence

Ce qu'il faut retenir

L'anémie par carence martiale se traduit par :

- une immunodépression ;
- une altération de la qualité de vie (fatigue, dépression, signes fonctionnels) ;
- un déclin fonctionnel et un risque de fragilité chez le sujet âgé ;
- un possible effet délétère sur la survie chez les patients atteints de cancer.

martiale et/ou anémie ferriprive et dépression a été retrouvé dans de nombreuses études [8, 9]. En effet, il est important de noter que le fer est un cofacteur des tyrosine et tryptophane hydroxylases, responsables de la synthèse des monoamines (dopamine et sérotonine) [8].

Enfin, l'anémie ferriprive a été associée à une moins bonne survie chez les patients atteints de cancer même si une relation de cause à effet n'a pas été clairement établie [10, 11].

En conclusion, la carence martiale et l'anémie ferriprive peuvent avoir des conséquences importantes, durables et ubiquitaires. Elles altèrent grandement la qualité de vie et potentiellement la survie. Elles doivent donc être recherchées et traitées. •

1. Zohora F, Bidad K, Pourpak Z, Moin M. Biological and immunological aspects of iron deficiency anemia in cancer development: A narrative review. *Nutr Cancer* 2018; 70(4): 546-56.
2. Bruner AB, Joffe A, Duggan AK, Casella JF, Brandt J. Randomised study of cognitive effects of iron supplementation in non-anaemic iron-deficient adolescent girls. *Lancet* 1996; 348(9033): 992-6.
3. Jacobsen PB, Garland LL, Booth-Jones M, et al. Relationship of hemoglobin levels to fatigue and cognitive functioning among cancer patients receiving chemotherapy. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28(1): 7-18.
4. Mancuso A, Migliorino M, De Santis S, Saponiero A, De Marinis F. Correlation between anemia and functional/cognitive capacity in elderly lung cancer patients treated with chemotherapy. *Ann Oncol* 2006; 17: 146-50.
5. Verdon F, Burnand B, Stubi CL, et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: Double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ* 2003; 326: 1124-8.
6. Curt GA, Breitbart W, Cellac D, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: New findings from the Fatigue Coalition. *The Oncologist* 2000; 5: 353-60.
7. Crawford J, Cella D, Cleeland CS, et al. Relationship between changes in hemoglobin level and quality of life during chemotherapy in anemic cancer patients receiving epoetin alfa therapy. *Cancer* 2002; 95: 888-95.
8. Hidese S, Saito K, Asano S, Kunugi H, et al. Association between iron-deficiency anemia and depression: A web-based Japanese investigation. *Psychiatry Clin Neurosci* 2018; 72(7): 513-21.
9. Vulser H, Wiernik E, Hoertel N, et al. Association between depression and anemia in otherwise healthy adults. *Acta Psychiatr Scand* 2016; 134(2): 150-60.
10. Aapro M, Beguin Y, Bokemeyer C, et al. Management of anaemia and iron deficiency in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018; 29: 96-110.
11. Caro JJ, Salas M, Ward A, Goss G. Anemia as an independent prognostic factor for survival in patients with cancer: A systemic, quantitative review. *Cancer* 2001; 91: 2214-21.

Recommandations pour la prise en charge de la carence martiale et de l'anémie chimio-induite (ESMO/ASCO-ASH/AFSOS/NCCN)



Dr Didier MAYER

Oncologue médical,
Centre Georges François Leclerc

dmayer@cgfl.fr

Les recommandations ont été réactualisées en 2018/2019 pour plusieurs d'entre elles et le **tableau 1** résume leurs points forts. Nous ne traiterons pas ici des myélodysplasies.

Toutes les recommandations sont d'accord pour rappeler qu'avant d'envisager un traitement de l'anémie, il convient de faire une évaluation clinique du retentissement et de l'étiologie. Dans tous les cas, un bilan biologique doit précéder la prescription. Il comprendra au minimum : numération de la formule sanguine (NFS), ferritinémie, coefficient de saturation de la transferrine (CST) [1]. En routine, ce bilan minimal manque dans de nombreux dossiers de patients. Comme le souligne le référentiel « Anémie et

cancer » de l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) [1], de nombreuses polémiques ont porté sur l'éventuel effet délétère des agents stimulant l'érythropoïèse (ASE) sur le contrôle locorégional et la survie globale des patients atteints de certains cancers pouvant exprimer le récepteur de l'érythropoïétine R-EPO, comme suggéré par certaines études (sein, ORL). Elles ont conduit à une importante restriction d'utilisation outre-Atlantique, bien que les essais aient été largement menés hors préconisations.

Le **tableau 1** montre qu'il existe une différence sensible entre les deux côtés de l'Atlantique concernant les indications des ASE. En effet,

		ESMO 2018 [2]	ASCO/ASH 2019 [3]	NCCN 2019 [4]	AFSOS 2016 [1]
ASE	Indication ASE	Anémie symptomatique ^a sous CT ou RT-CT ou asymptomatique ^b sous CT	Anémie chimio-induite chez un patient avec un traitement à visée non curatrice	Anémie chimio-induite chez un patient avec un traitement à visée non curatrice	Anémie chimio-induite
	ASE: Taux Hb initial	^a : < 10 g/dl ou ^b : < 8 g/dl	< 10 g/dl	Non précisé	Entre 9 et 11 g/dl
	ASE: Taux Hb cible	12 g/dl, sans transfusion	Le plus bas possible pour éviter ou réduire le recours aux transfusions	Pas vraiment précisé mais taux de > 12 g/dl cité comme délétère en termes de survie	12 g/dl
Fer IV	Traitement par fer IV	Carence martiale: ferritinémie < 100 ng/ml ou ferritinémie > 100 ng/ml et CST < 20 %	Recommandé mais sans seuils décisionnels cités	Ferritinémie < 30 ng/ml et CST < 20 % ou ferritinémie < 30 à 500 ng/ml et CST < 50 %	Si ferritinémie ≤ 800 ng/ml et CST < 20 % ou ferritinémie < 30 ng/ml et CST < 15 %
Transfusion	Transfusion	Hb < 7-8 g/dl et/ou symptômes sévères liés à l'anémie et nécessité d'une amélioration immédiate de l'Hb et des symptômes	Non précisé	Selon situation du patient (pas de seuil critique décisionnel)	Idem ESMO, mais pouvant descendre jusqu'à 6 g/dl en cas d'anémie chronique

Tableau 1. Résumé des principales recommandations.

ASE: agents stimulant l'érythropoïèse; CSAT: coefficient de saturation de la transferrine; CT: chimiothérapie; RT-CT: radio-chimiothérapie. AFSOS: Association francophone des soins oncologiques de support; ASCO: American Society of Clinical Oncology; ASH: American Society of Hematology; ESMO: European Society of Medical Oncology; NCCN: National Comprehensive Cancer Network.

les recommandations nord-américaines contre-indiquent les ASE chez les patients recevant une chimiothérapie à visée curatrice, suite à la prise de position très restrictive de la *Food and Drug Administration* (FDA). Des considérations financières y sont certainement pour beaucoup, les coûts des différents traitements étant précisés dans les recommandations de l'*American Society of Clinical Oncology* (ASCO) et de l'*American Society of Hematology* (ASH). Par contre, les arguments scientifiques appuyant cette restriction paraissent finalement assez fragiles : études conduites pour une anémie non chimio-induite, taux d'hémoglobine cibles trop élevés, utilisation d'anticorps détectant le récepteur de l'EPO trop peu spécifiques, vérification insuffisante de la fonctionnalité du R-EPO [2]. En outre, plusieurs études randomisées, posant spécifiquement la question de la survie globale, sont finalement rassurantes [1, 2, 4]. Cependant, la prudence reste certainement de mise en cas de chimiothérapie néo-adjuvante pour carcinome mammaire de plus de 4 cm et/ou de grade Elston Ellis/SBR 3 [1]. L'augmentation du risque de thrombose sous traitement par ASE est reconnue dans toutes les recommandations.

La place de la supplémentation martiale est maintenant bien établie et assez consensuelle, malgré quelques nuances concernant les seuils décisionnels. La voie intraveineuse est la voie la plus souvent recommandée.

La place de la transfusion est curieusement moins bien documentée, faute de littérature moderne adaptée à la situation cancérologique ? Le *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) [4] présente cependant un tableau

Ce qu'il faut retenir

- Un bilan biologique minimal est indispensable avant toute prescription pour corriger une carence martiale et une anémie.
- Le fer, lorsqu'il est indiqué, doit être préférentiellement prescrit par voie intraveineuse.
- Les ASE doivent être utilisés selon les recommandations francophones et européennes.
- Les complications potentielles de la transfusion ne doivent pas être sous-estimées.

comparant les objectifs et risques des transfusions par rapport aux ASE. Il montre parfaitement que l'augmentation du risque de thrombose et une diminution possible de la survie existent avec ces deux types de traitement de l'anémie.

La transfusion peut par ailleurs être à l'origine d'autres effets secondaires sévères (réactions transfusionnelles, immunisation, transmission d'agent infectieux, surcharge en fer, etc.) n'existant pas avec les ASE. Il ne me semble pas que la FDA ait fait ce travail lors de sa décision de restreindre les indications des ASE...

En conclusion, les recommandations européennes et françaises semblent plus conformes aux données scientifiques et plus adaptées à la pratique clinique que les nord-américaines. •

1. AFSOS. *Anémie et cancer. Référentiels inter-régionaux en soins oncologiques de support*. AFSOS, 2016. <http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2012/03/anemie-version-16-12-2016.pdf>

2. Apro M, Beguin Y, Bokemeyer C, et al. Management of anaemia and iron deficiency in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018; 29(Suppl 4): iv96-iv110.

3. Bohlius J, Bohlke K, Castelli R, et al. Management of cancer-associated anemia with erythropoiesis-stimulating agents: ASCO/ASH Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 2019; 37(15): 1336-51.

4. NCCN. *Hematopoietic growth factors*. NCCN, 2019. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/growthfactors.pdf

Rompre l'isolement, partager l'espoir, trouver du soutien avec l'association

« Patients en réseau »



Laure
**GUÉROULT-
ACCOLAS**

Fondatrice de
Patients en réseau

Iga@
patientsenreseau.fr

Dans un monde de plus en plus connecté, la santé n'est pas en reste. De nombreux patients cherchent information et réconfort sur la toile. Dès le diagnostic, la personne « change » de monde et entre dans la « communauté » du cancer. Elle a besoin de communiquer avec d'autres personnes dans la même situation qu'elle pour s'informer, échanger, et se sentir soutenue et « comprise ». Cette idée a été soulignée avec force dans les résultats du baromètre Curie-ViaVoice (septembre 2015) par cette constatation : 86 % des Français souhaiteraient échanger et partager avec d'autres patients ayant la même maladie. Telle une onde de choc, la maladie affecte aussi les proches qui sont souvent désemparés. Parallèlement à la présence qu'ils assurent auprès de la personne malade, ils recherchent souvent des informations pour l'aider et ont eux-mêmes besoin d'écoute et d'attention.

de communication est d'autant plus crucial qu'il limite le sentiment d'isolement des patients.

Ces réseaux permettent de :

- rompre l'isolement des personnes, quel que soit le lieu de vie ou de traitement ;
- favoriser la compréhension de la maladie et des traitements ;
- trouver des informations au moment où on est prêt à les recevoir, ce qui constitue un moyen de développer « l'empowerment » des malades et contribue à réduire leur anxiété ;
- échanger des adresses pertinentes de proximité, sachant que les besoins évoluent tout au long du parcours de soin ;
- être au courant de ce qui se passe près de chez soi.

L'esprit de Patients en réseau, est un « soutien en ligne » qui crée de la proximité et aide au quotidien les patients à mieux vivre avec leur maladie et leurs soins. C'est un « carrefour » qui facilite le dialogue, l'échange d'informations entre le monde des patients, des soignants et des professionnels. Pour faire avancer les choses tous ensemble, il faut faire « descendre » une information adaptée et utile vers les patients, et ne pas hésiter à remonter les difficultés, les besoins et les questions des patients.

Patients en réseau participe au Collectif 1310, collectif d'associations dédié à la mobilisation autour du cancer du sein métastatique ; elle est présente sur de nombreux congrès et colloques et partage son expérience patients dans les projets Vik Sein de WeFight et AKO@dom de Continuum+ Santé.

L'association Patients en réseau est née en 2014 et regroupe des patients et des proches qui ont vécu l'expérience du cancer et s'appuie sur des comités scientifiques pluridisciplinaires. •

Ce qu'il faut retenir

- 86 % des Français ayant la même maladie souhaiteraient échanger et partager avec d'autres patients.
- Avec le développement de l'ambulatoire et des thérapies orales, le besoin de communication est crucial et limite le sentiment d'isolement des patients.
- Patients en réseau est un soutien en ligne (www.patientsenreseau.fr).

Trouver des informations lorsque l'on est confronté au cancer, accéder à ce qui est utile pour la personne malade, faciliter la compréhension d'une maladie aux multiples formes et traitements n'est pas chose aisée quand le diagnostic « tombe ». Avec le développement de l'ambulatoire et des thérapies orales, ce besoin

L'association « Patients en réseau » (loi 1901) propose trois réseaux pour faciliter le quotidien face à l'épreuve de la maladie



www.monreseau-cancerdusein.com

Création : juillet 2014
Plus de 7 500 utilisateurs



www.monreseau-cancerdupoumon.com

Création : novembre 2017
Plus de 1 200 utilisateurs



www.monreseau-cancergyneco.com

Création : mars 2019
Plus de 350 utilisateurs



Rompres l'isolement, partager l'espoir, trouver du soutien



Partager et se soutenir



Mieux comprendre et mieux vivre avec la maladie



Trouver et échanger des adresses utiles



Participer aux activités proposées



Accès sécurisé et gratuit

 **mon réseau[®]**
cancer du sein

 **mon réseau[®]**
cancer du poumon

 **mon réseau[®]**
cancer gynéco

Pour poursuivre notre démarche construite avec des patients, des proches, des comités scientifiques pluridisciplinaires, nous avons besoin de soutiens. N'hésitez pas à nous rejoindre.

Pour en savoir plus
www.patientsenreseau.fr

Une initiative rendue possible par nos donateurs, soutiens et partenaires à retrouver sur www.patientsenreseau.fr



10-31-1510



Papier certifié PEFC
(fibres issues de forêts gérées durablement)
Origine du papier : Allemagne ou Autriche
Taux de fibres recyclées : 0 %

Avec le soutien institutionnel de

VIFOR FRANCE

Certaines données présentées dans cette newsletter peuvent ne pas avoir été validées par les autorités de santé françaises. Ces données ne sont pas approuvées et reconnues par Vifor France et ne sont en aucun cas conseillées. La publication de ce contenu est effectuée sous la seule responsabilité de l'ÉDITEUR et du comité de rédaction de la revue. Le Laboratoire Vifor France n'est pas intervenu dans le choix et la rédaction des articles.

NPRO 19 11 204