

Gestion à domicile des effets 2ndr de la chimiothérapie

Réseau oncomel

08-03-2022

Docteurs Fournier et Romano

programme

- ▶ Hyperthermie, aplasie
- ▶ Nausées, vomissements
- ▶ Anémie
- ▶ Maladie thrombo-embolique
- ▶ Questions diverses, la parole est a vous

HYPERTHERMIE, APLASIE FEBRILE

Définitions

Neutropénie (aplasie) : polynucléaires neutrophiles $< 500/\text{mL}$ (grade 4 de l'OMS)
ou
polynucléaires neutrophiles $< 1000/\text{mL}$ (grade 3 de l'OMS) et attendus $< 500/\text{mL}$ dans les 48 heures

Neutropénie courte : ≤ 7 jours. Prévisible après chimiothérapie conventionnelle pour tumeur solide ou hémopathie maligne

Fièvre : une prise de température $\geq 38^{\circ} 3 \text{ C}$
ou
température $\geq 38^{\circ}\text{C}$ à 2 reprises en l'espace d'une heure

⚠ **Proscrire la prise rectale de la température (risque local hémorragique et infectieux)**

**Prise en charge à domicile : patient à bas risque,
avec facteurs sociaux favorables**

Préconisation : antibiothérapie empirique

- Per os : bithérapie :
 - Ciprofloxacine **et** amoxicilline/acide clavulanique
 - ofloxacine **et** amoxicilline/acide clavulanique
- IV, si voie per os impossible : ceftriaxone en IV lente (ou SC si IV impossible)
- 👉 **si allergie aux β lactamines** : lévofloxacine en 1 seule prise/jour
- Ne pas prescrire de paracétamol ou d'AINS, privilégier le tramadol (prudence chez la personne âgée)

Préconisation : surveillance

- 1/ visite ou contact téléphonique quotidien avec l'équipe soignante (institution ou médecin traitant)
- 2/ visite par le médecin traitant en cas de persistance de la fièvre, de réapparition de la température ou de tout autre critère de gravité
- 3/ prise de température deux fois par jour (matin et soir) ou plus en cas de frissons
- 4/ biologie : NFP : à discuter tous les jours ou tous les 2 jours

Existence de critères de réhospitalisation * ?

oui

non

Prise en charge à
l'hôpital

👉 page 11

Préconisation :

Poursuite du traitement à domicile
et surveillance

* Critères de réhospitalisation

- 1/ Apparition de signes de gravité : hypotension, oligoanurie, troubles cardio-respiratoires, hypothermie
- 2/ Persistance d'une fièvre après 48 h effectives de traitement
- 3/ Signes localisés d'infection : pneumopathies, abcès, cellulite cutanée ou génito-anale
- 4/ Hémoculture positive à *Pseudomonas aeruginosa* ou *staphylococcus aureus* ou levures ou bactéries multi-résistantes...
- 5/ Voies digestives hautes altérées: nausées, vomissements, mucites, dysphagie, fausses routes gênant la prise d'antibiotiques

NAUSEES ET VOMISSEMENTS A DOMICILE

Présentation clinique des NVCI

Dénomination	Caractéristiques
Anticipés	Surviennent avant la chimiothérapie
Aigus	Surviennent au cours des 24 premières heures après injection de chimiothérapie
Retardés	Surviennent après la 24^{ième} heure de l'injection de chimiothérapie (sans limite de fin)
Réfractaires	NVCI malgré un traitement bien mené

Solutions médicamenteuses (cf. annexe)

- Sétrons (Anti-5-HT₃)
 - Antagonistes des récepteurs à la sérotonine de type 3 (anti-5-HT₃)
- Anti NK-1
 - Antagonistes des récepteurs aux neurokinines de type 1
- Corticoïdes
- Anti-D₂
 - Antagonistes des récepteurs à la dopamine de type 2
- Psychotropes
 - Benzodiazépines
 - Neuroleptiques



Conseils aux patients

Règles Hygiéno-diététiques

- Favoriser l'**hydratation** : prévention de l'insuffisance rénale
- **Fractionner l'alimentation** : 6 à 8 petits repas et/ou collations par jour
- Proposer des **petits repas froids** pour éviter les fortes odeurs
- Eviter aliments trop gras, frits et trop épicés
- Privilégier aliments faciles à digérer
- Proposer de manger **lentement**
- Proposer des boissons **au goût des patients** entre les repas : eau, infusions, jus de pomme, Coca Cola® (dégazé ou pas) ...
- Utiliser **si besoin, une paille dans une tasse fermée** pour faciliter les petites gorgées et éviter les odeurs
- Maintenir une **position assise pendant 30 min après le repas** ; si position couchée, préférer le côté droit pour favoriser la vidange gastrique

ANEMIE et CANCER

Anémie et cancer

Etiologies et/ou facteurs concourant à la survenue des anémies en cancérologie

Insuffisance médullaire

- Infiltration de la moelle osseuse par la tumeur
- Anémie de maladies chroniques
- Myelodysplasie

Inflammation

- Diminution de la survie des GR
- Diminution de l'utilisation du fer

Causes périphériques

- Hémorragie
- Hémolyse
- Insuffisance rénale
- Déficit nutritionnel

Traitements

- Anti-cancéreux (Chimiothérapie, thérapies ciblées, Immunothérapie)
- Radiothérapie
- Chirurgie

Anémie

```
graph LR; A[Insuffisance médullaire] --> C((Anémie)); B[Inflammation] --> C; D[Causes périphériques] --> C; E[Traitements] --> C;
```


	Anémie par carence martiale « vraie »	Anémie inflammatoire pure	Anémie inflammatoire + carence martiale fonctionnelle
Transferrine	↗↗	↘↘	N à ↘
CsTRF	↘↘	N à ↘	N à ↘
Ferritine	↘↘	↗↗	↗↗

Le diagnostic de la carence martiale, chez le patient atteint de cancer, repose sur le dosage de : fer sérique, ferritinémie et coefficient de saturation de la transferrine:

- ✓ Ferritinémie < 800 ng/ml et saturation transferrine < 20 % : supplémentation et/ou discuter ASE
- ✓ Ferritinémie < 30 ng/ml et saturation transferrine < 15% : supplémentation

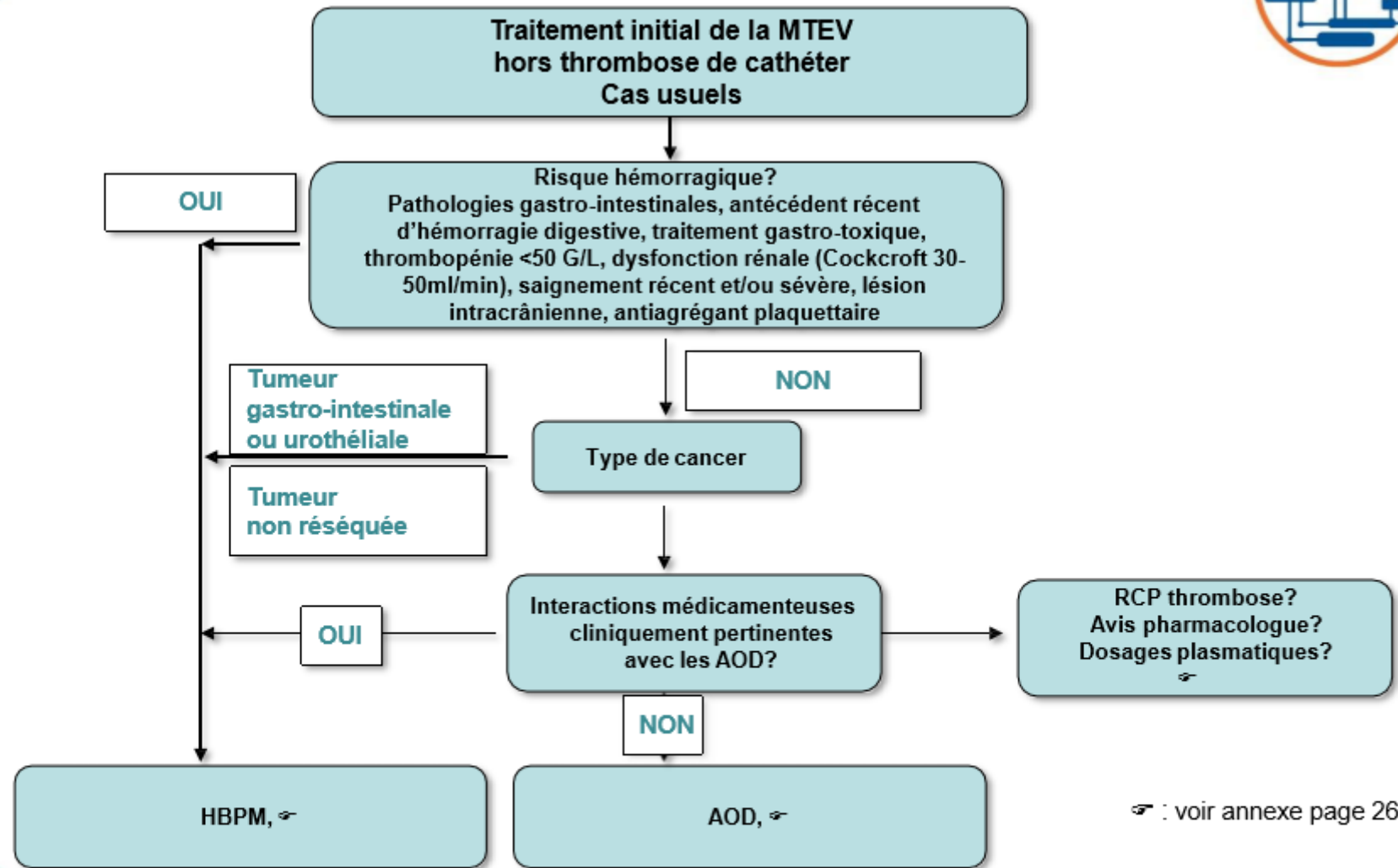
Prescription de fer injectable uniquement :

- **Le carboxymaltose ferrique** a l'intérêt de pouvoir être administré en une seule injection. Les besoins en fer sont déterminés en fonction du tableau suivant:

Hb (g/dl)	Patients avec un poids corporel de 35 kg à <70 kg	Patients avec un poids corporel ≥ 70 kg
<10	1500 mg	2000 mg
≥ 10	1000 mg	1500 mg

La correction des carences passe par la supplémentation :

- **Vitamine B9** : Acide Folique: 5 mg par jour pendant 4 mois mais la posologie peut être augmentée jusqu'à 15 mg par jour.
- **Vitamine B12** : La supplémentation se fait par voie orale ou intra-musculaire à la dose de 1000µg par jour



Autres facteurs à prendre en considération

Préférence du patient, après information du rapport Bénéfices/Risques

IMC (préférer HBPM si IMC > 40 kg/m² ou poids > 120 kg)

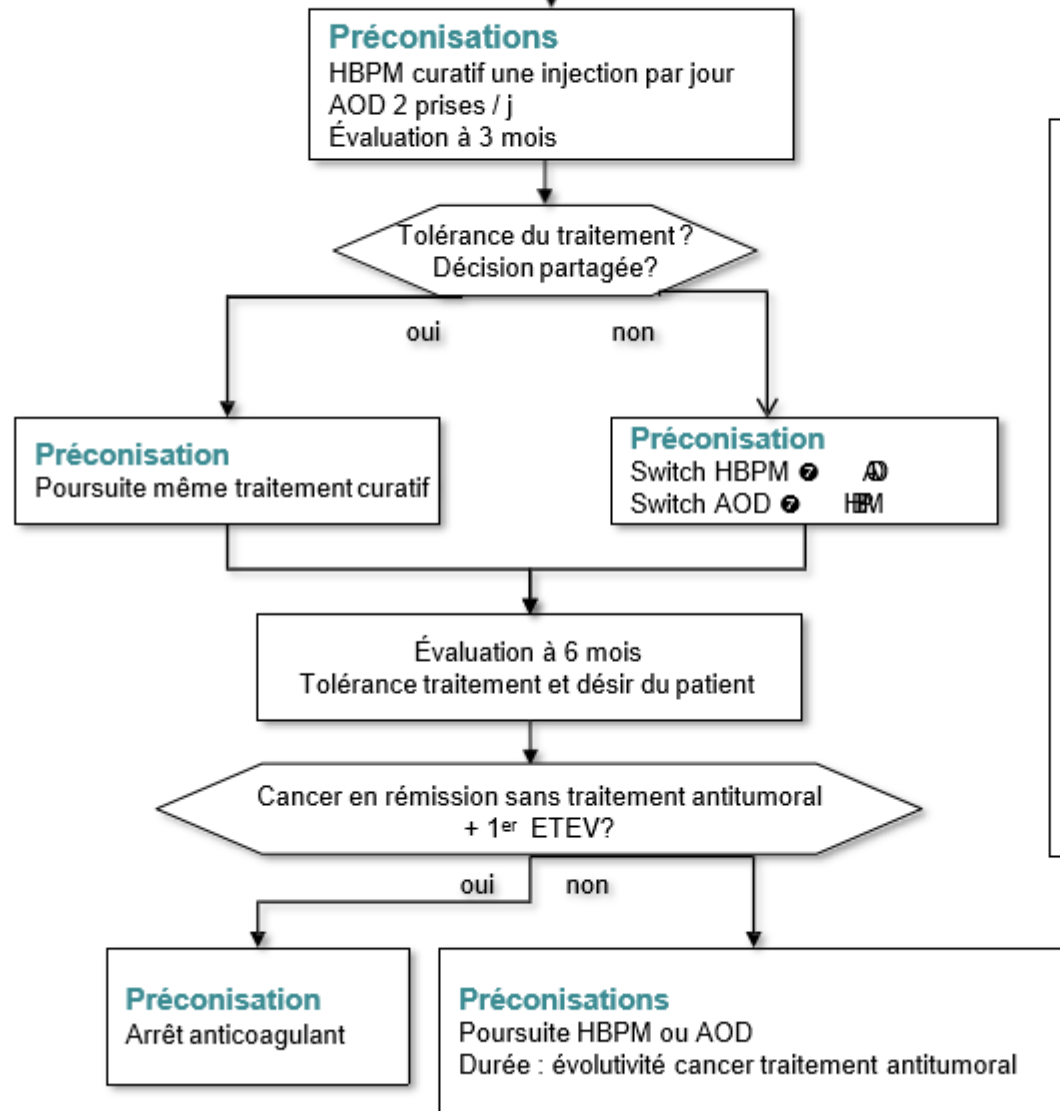
Stade du cancer, gravité de l'évènement thrombotique (préférer HBPM chez les patients présentant des évènements sévères)

Fonction rénale (préférer HBPM chez les patients avec une clairance Cockcroft entre 20 et 50 ml/min)

Antécédents récents de chirurgie gastro-intestinale ou malabsorption : préférer HBPM

Interactions médicamenteuses éventuelles (Cytochrome P450, Pgp, ...)

Traitement au long cours de la MTEV hors thrombose de cathéter



N.B.

HBPM: pas de surveillance
systématique

AOD: surveillance clairance et
Transaminases

AVK: déconseillé sauf insuffisance
rénale sévère

* Voir annexes p 26

C'est a vous

