

Hypertension intracrânienne et déficit neurologique central

Date : 05/01/2011

Hypertension intracrânienne et déficit neurologique central

Sommaire

| | |
|---|------|
| – La corticothérapie | |
| • Indications en neurooncologie | p.3 |
| • Traitement d'attaque | p.4 |
| • Traitement d'entretien | p.5 |
| – Situations particulières | |
| • Agents hyperosmolaires | p.6 |
| • Antalgiques | p.7 |
| • Fin de vie | p.8 |
| – Corticothérapie en NO : règles d'arrêt | p.9 |
| – Corticothérapie : prise en charge des effets secondaires observés en NO | p.10 |
| – Troubles hydroélectrolytiques | p.11 |
| – Prévention de l'ostéoporose induite | p.12 |
| – Complications musculaires | p.13 |
| – Diabète (1) | p.14 |
| – Diabète (2) | p.15 |
| – Diabète (3) | p.16 |
| – Complications digestives | p.17 |
| – Complications cutanées | p.18 |
| – Complications neuropsychiatriques | p.19 |
| – Complications ophtalmologiques | p.20 |
| – Pneumocystose | p.21 |
| – Maladie Veineuse thromboembolique | p.22 |
| – Médecine Physique et Rééducation | p.23 |
| – Contributeurs | p.24 |

Hypertension intracrânienne et déficit neurologique central

Corticothérapie Indication en neurooncologie

HIC et/ou déficit neurologique central
dans un contexte neurooncologique



Corticothérapie = traitement de 1ère intention

Situations particulières

- Gliomes de grade II : Sauf cas particulier, pas d'indication
 - Voir le référentiel correspondant
- Suspicion de lymphome : à éviter avant biopsies
 - Voir le référentiel correspondant
- En l'absence d'HIC ou signes neurologiques
 - uniquement demande spécifique du spécialiste

Hypertension intracrânienne et déficit neurologique central

Corticothérapie en NO

Traitement d'attaque

Gravité et évolutivité de
l'HIC et/ou des signes
neurologiques ?

Symptômes sévères et évolutifs

- Méthylprednisolone
- Voie IV – injection matinale
- 1,5 à 15 mg/kg
soit 120 à 1000 mg/jour

Symptômes modérés et progressifs

- Méthylprednisolone
- Voie PO – prise matinale
- Option 1 = 0,5 mg/kg
 - A moduler selon réponse
- Option 2 = 1,5 mg/kg
 - avec diminution rapide
- Pendant 3 jours puis adaptation
 - traitement d'entretien

Corticothérapie en NO

Traitement d'entretien

- **Dose optimale**
 - Dose minimale efficace
- **Dose à adapter aux situations**
 - Cliniques
 - Radiologiques
 - Thérapeutiques
- **Diminution progressive**
- **Rythme de décroissance adapté**
 - à la dose
 - aux traitements associés (ex bevacizumab)

Situations particulières

Agents hyperosmolaires

- **Sauf cas particulier, pas en première intention**
- **A discuter si non contrôle de l'HIC par stéroïdes seuls**
- **Plus spécifiquement en phase initiale**
- **(sauf cas particuliers hors situation de fin de vie)**
- **Mannitol® - voie IV**
 - 0,25 à 1 g/kg - 125 ml à 20%
 - courte perfusion de 20/30 minutes - 2 fois par jour
 - Diurèse = 4 à 5 fois le volume administré
 - surveillance hydroélectrolytique
- **Durée limitée**
- **Effet rebond moindre qu'avec les autres agents osmotiques**

Situations particulières

Antalgiques

- **Prescrits en association aux stéroïdes (prise en charge de la composante douloureuse de l'HIC)**
 - **Paliers OMS à respecter**
 - **Y compris II et III**
 - **Malgré risques théoriques (épilepsie, majoration de l'HIC)**

Hypertension intracrânienne et déficit neurologique central

Situations particulières
Fin de vie

- **Corticoïdes à diminuer de manière progressive puis, le cas échéant, à stopper (démarche d'équipe)**
- **Traitement antalgique repose principalement sur les antalgiques, notamment de pallier II et III (adaptation à chaque situation clinique)**

Corticothérapie en NO

Règles d'arrêt

- **Diminuer progressivement les doses**
 - d'autant plus lentement que les doses sont basses)
- **Relais par hydrocortisone**
 - 30 mg/jour (20 mg matin - 10 mg midi)
 - Systématiquement envisagé en cas de traitement antérieur prolongé (> ou = à 2 mois)
- **Test à l'ACTH (Synacthène®)**
 - A réaliser après 4/6 semaines d'hydrocortisone seule
 - But : apprécier la fonctionnalité surrénalienne

Corticothérapie

Prise en charge des effets secondaires observés en NO

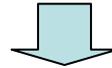
- **Troubles hydroélectrolytiques**
- **Ostéoporose**
- **Candidoses**
- **Myopathies**
- **Diabète**
- **Complications digestives**
- **Complications cutanées**
- **Complications neuropsychiatriques**
- **Complications ophtalmologiques**
- **Pneumocystose**

Troubles hydroélectrolytiques

- Régime hyposodé à moduler selon contexte oncologique
- Supplémentation potassique non systématique

Prévention de l'ostéoporose induite

Corticothérapie prolongée



- **Exercice physique +/- kinésithérapie**
- **Dose minimale efficace de stéroïdes**
- **Place de l'ostéodensitométrie à discuter**
- **Coprescription systématique d'une association**
 - **de calcium (1000 à 1500 mg par jour)**
 - **de vitamine D (800 UI/jr ou 100000 UI/3mois)**
 - **+/- de diphosphonates PO****selon statut clinique et/ou ostéodensitométrie**
- **Place éventuelle des traitements hormonaux**
 - **Oestrogènes**
 - **Testostérone**
 - **PTH**
- **Place éventuelle des thiazidiques**
 - **baisse de la calciurie**

Hypertension intracrânienne et déficit neurologique central

Complications musculaires

- Incidence = 30 à 60 %
- Diagnostic = clinique



- Dose minimale efficace de stéroïdes
- Activité physique recommandée
- Conseils nutritionnels

Diabète (1)

- **Facteurs favorisants**
 - âge
 - poids
 - facteurs génétique
 - doses de stéroïdes
- **Modalités de dépistage**
 - pas de consensus
 - glycémie post prandiale >2g
 - gHbA1c, glycémie à jeun, glycosurie
- **Objectif glycémique**
 - 1,5 à 2,5 g/l
 - limiter risque coma hyperosmolaire

Diabète (2)

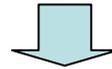
- Régime et activité physique
 - non approprié
- Arrêt médicaments délétères
 - thiazidiques...
- Diabète de type I connu
 - optimisation des contrôles glycémiques
 - augmentation des doses d'insuline

Diabète (3)

- **Traitements oraux**
 - **Sulfamides**
 - équilibre difficile - hypoglycémies (si vomissements)
 - **Biguanides**
 - vomissements, diarrhée, insuffisance rénale / iode, acidose lactique
 - **Thiazolidinediones**
 - augmentation poids, œdèmes
 - **Inhibiteur alphaglucosidase : efficacité relative**
 - **Glinides - Glitazones : efficacité relative**
- **Insulinothérapie +++**

Complications digestives

- Perforations coliques
- Très rares ulcères gastro-duodénaux
- Pas de risque de pancréatite



- **Traitement actif de la constipation**
 - perforations coliques favorisées par stéroïdes + constipation + pathologie préexistante
- **Pas de traitement préventif systématique de l'ulcère gastro-duodéal**
 - risque fracturaire liés aux inhibiteurs pompe à protons
 - à envisager pour patients à risque

Complications cutanées

- **Retard de cicatrisation, atrophie, vergetures**
 - Dose minimale efficace
 - Pas de traitement spécifique
- **Acné**
 - Erythromycine localement
 - +/- cyclines PO après avis spécialisé

Complications neuropsychiatriques

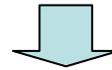
- **Troubles cognitifs dose dépendants réversibles**
- **Bien être – hypomanie/dépression – psychose**



- **Ne dispense pas d'un bilan étiologique**
- **Dose minimale efficace**
- **Neuroleptiques**
- **Benzodiazépines**
- **Thymorégulateurs**
- **Suivi psychologique**

Complications ophtalmologiques

- **Cataracte sous capsulaire postérieure**
- **Glaucome**
- **Choriorétinopathie centrale séreuse**



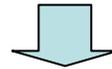
- Avis spécialisé

Pneumocystose

- **Prophylaxie si**
 - **stéroïdes > 20mg EP + de 4 semaines**
 - **OU toutes doses si + de 8 semaines**
 - **OU témozolomide continu**
 - **OU + de 70 ans**
 - **indication pouvant être modulée selon taux de lymphocytes (200T4/ μ l)**
- **Cotrimoxazole (2 schémas)**
- **Ou aérosols de pentamidine**
- **Prudence lors de la décroissance**

Maladie Veineuse thromboembolique

- 30 à 70% des patients
- Facteurs de risque cumulés (hôte + traitement)
- FP péjoratif (risque ↑ de DC 30%)



- **Traitement préventif**
 - Bas de contention
 - Compression pneumatique
 - HBPM
 - Étude PRODIGE (dalteparine 11/17% - 5,1/1,2%)
- **Traitement curatif**
 - Préférer les HBPM aux AVK
 - Poursuite bevacizumab (bénéfice/risque)

Médecine Physique et Rééducation

- **Déficits multiples**
- **Intérêt standardisation type « FIM » ou « DRS »**
- **Idem pour batterie cognitive**
- **Bénéfice documenté**
 - **Gain fonctionnel avec durée de séjour < AVC**
 - **Valeur pronostique**



- **Rééducation adaptée, personnalisée et encadrée**
 - **Domicile**
 - **Institution**

Contributeurs

Coordination

LE RHUN Emilie (ONCO NORD PAS DE CALAIS), & TAILLANDIER Luc (ONCOLOR)

Membres du groupe de travail

CARTALAT CAREL Stéphanie (RRC RA), HOANG XUAN Khê (ONCORIF), LE RHUN Emilie (ONCO NORD PAS DE CALAIS), TAILLANDIER Luc (ONCOLOR), TAILLIBERT Sophie (ONCORIF), COLLARD Olivier (ONCORUN), DESMEDT Eve (ONCO NORD PAS DE CALAIS), SAUNIER Chantal (ONCOLOR), VERRIER Marie Odile (ONCO NORD PAS DE CALAIS), VIEILLARD Marie Hélène (ONCO NORD PAS DE CALAIS)

Coordination méthodologique

KLEIN Isabelle (ONCOLOR)

Relecture

MONJOUR Annick (CAROL) – PERUZZI Philippe (ONCOCHA) – RAMIREZ Carole (Onco-Nord-Pas-de-Calais).

Approbateurs (participants aux ateliers des J2R du 3 décembre 2010)

BEN ABDESSELEM Leila (RRC RA), BOUHEDDOU Nadia (ONCAUVERGNE), CASTELAIN Sylvie (IDE ???), COLLARD Olivier (KARUKERA-ONCO), CORNUOT Catherine (???), DE MUIZON Yves (RRC RA), DUFAU Fanny (IDE ???), KANTE Valérie (RRC RA), LE RHUN Emilie (ONCO NORD PAS DE CALAIS), LANCRY-LECOMTE Laurence (RRC RA), LE ROL Annick (ONCORIF), LEVEQUE Pascal (ONCO NORD PAS DE CALAIS), MARMET Thierry (ONCOMIP), PREAUBERT SICAUD Christine (ONCOMIP), SCHULER Hélène (IDE ???), TAILLANDIER Luc (ONCOLOR), THILTGES Isabelle (ONCOLOR).