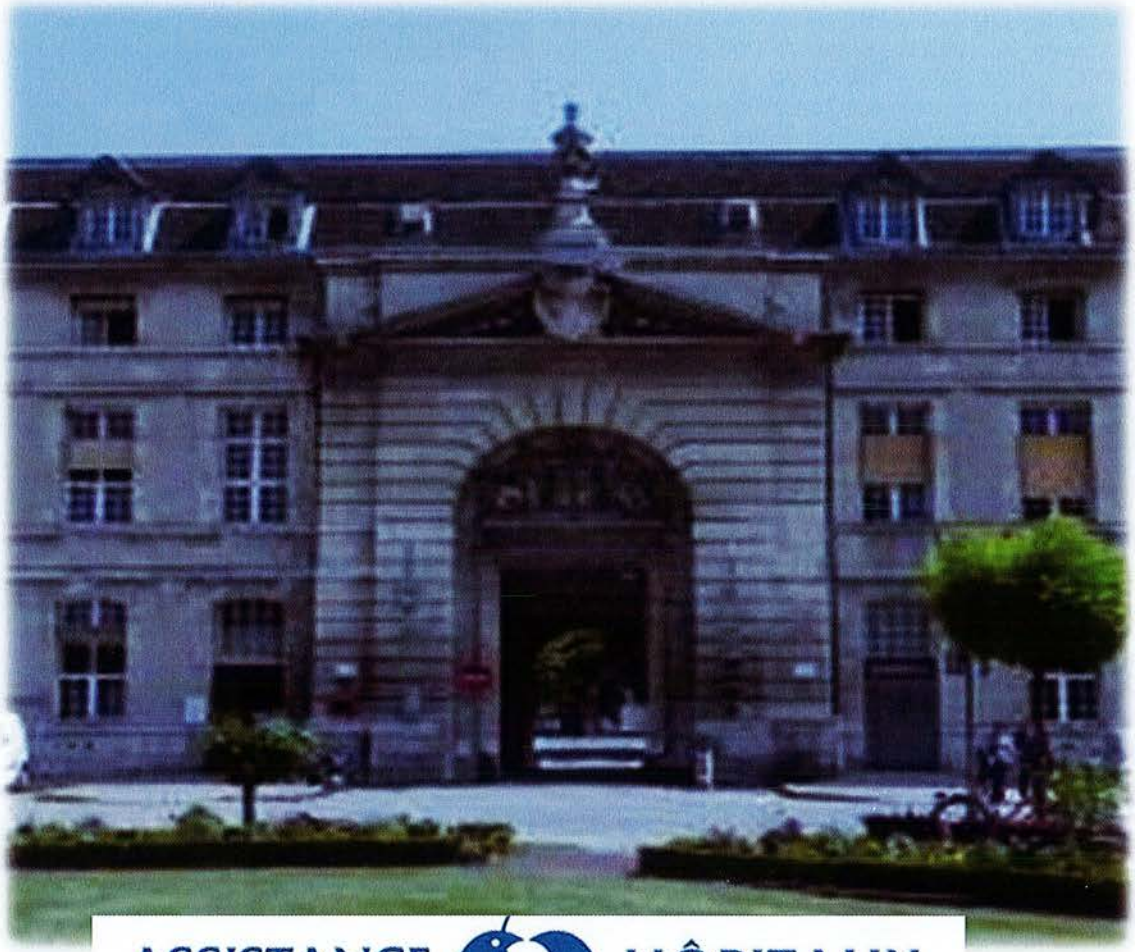
SERVICE DE NEUROLOGIE

MAZARIN

Livret d'accueil tumeurs cérébrales

« gliomes »

Service du Professeur Khe HOANG-XUAN



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

La prise en charge des tumeurs cérébrales primitives s'est beaucoup améliorée au cours des deux dernières décennies. Même si la guérison définitive n'est pas encore à l'ordre du jour, des survies très prolongées avec un objectif de "projet de vie" ne sont plus exceptionnelles.

Les services de soins de suite et de rééducation rendent un service considérable en permettant à nos patients de récupérer rapidement une bonne qualité de vie pendant la phase de rémission de la maladie et de retarder de façon significative les handicaps lors des récidives, période où un sursis de qualité reste un objectif raisonnable.

Le temps où le patient souffrant de tumeur cérébrale "faisait peur" aux équipes de soins de suite et de rééducation est maintenant derrière nous.

La contrepartie de cette prise en charge active doit être la grande disponibilité des équipes de neuro-oncologie qui doivent être en mesure de reprendre très rapidement les patients en cas de difficultés imprévues (crises, aplasie médullaire, aggravation neurologique rapide, etc..) et nous nous y engageons.

Ce fascicule a pour objet de présenter notre discipline et nous espérons qu'il vous sera utile.

Nous vous remercions encore pour votre aide.

Jean-Y. Delattre

Professeur J.-Y. DELATTRE,
Chef de pôle des Maladies du Système Nerveux

SOMMAIRE

1. Prise en charge des patients souffrant de tumeur cérébrale, en dehors de phases d'hospitalisation aiguë et de « court séjour ».
Etat des lieux et attentes du service.
Pr. HOANG XUAN Khê

2. Besoins de rééducation chez les patients souffrants de tumeurs cérébrales.
Eleonore BAYEN Médecin Rééducateur

3. Prise en charge sociale des patients.
Véronique BUREAU

4. Quelques recommandations pour la prise en charge des complications pouvant survenir chez les patients souffrants de tumeur cérébrale.
Mylène RAVIN

5. Les principaux traitements par chimiothérapie.

6. Les principales complications.

7. Coordonnées de vos correspondants.

SERVICE DE NEUROLOGIE MAZARIN

SERVICE DU PROFESSEUR KHE HOANG XUAN

Le Médecin référent de votre établissement est :

Secrétariat	Ligne Directe	Fax	E-mail

NEUROLOGIE MAZARIN

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TUMEUR CEREBRALE, EN DEHORS DES PHASES D'HOSPITALISATION

Etat des Lieux et attentes du service

Professeur Khê HOANG XUAN

Généralités :

La plupart des tumeurs cérébrales primitives sont des gliomes. Environ 80 % des gliomes se manifestent par des crises d'épilepsie, un déficit progressif ou un syndrome d'hypertension intracrânienne. Le diagnostic suggéré par le bilan neuro-radiologique implique toujours une confirmation histologique. Le traitement associe la chirurgie (exérèse de la tumeur) la radiothérapie et la chimiothérapie. Le pronostic de ces tumeurs reste malheureusement sombre avec une médiane de survie qui varie de 18 mois pour les gliobastomes à 3-4 ans pour les oligodendrogliomes anaplasiques. Il est cependant important de souligner le caractère très général de ce schéma évolutif. En fait, de nombreux patients échappent à cette règle pouvant avoir une évolution plus sévère ou au contraire une évolution beaucoup plus favorable, y compris après avoir été traité pour une voire plusieurs récidives. Ces tumeurs ne métastasent pratiquement jamais en dehors du système nerveux et leur gravité tient essentiellement à une évolutivité locorégionale.

De façon schématique, on peut distinguer trois phases évolutives :

1. **Dans la première période qui dure en moyenne de 8 mois à 2-3 ans** selon la nature histologique de la tumeur, le patient est en rémission ou présente un reliquat tumoral stable. L'objectif est alors le retour du patient dans un milieu familial et éventuellement professionnel normal et en cas de handicap initial les perspectives d'amélioration sont tout à fait réelles.
2. **La deuxième période concerne le moment où la tumeur récidive**. A ce stade, la prise en charge reste active, d'autant plus vigoureuse que le patient avait bénéficié auparavant d'une bonne qualité de vie. Un cas de figure fréquent est celui d'un patient transitoirement stabilisé par les changements de thérapeutique avec un déficit variable qui peut à tout moment s'aggraver si la tumeur recommence à évoluer. Une autre possibilité de cette deuxième phase est celle d'une aggravation lente mais inexorable en un temps variable allant de 4 à 18 mois.

Il faut cependant souligner qu'une amélioration peut également survenir, parfois de manière impressionnante, lorsqu'un changement de thérapie (par exemple, 2ème ou 3ème ligne de chimiothérapie) s'avère efficace.

Au total, cette deuxième phase de la maladie est caractérisée par une très grande incertitude pronostique à court terme (1 an) ce qui explique la difficulté à prévoir correctement le lieu de vie le plus adapté pour le patient.

3. La troisième et dernière période est celle de l'accompagnement terminal. Les traitements étiologiques sont interrompus et l'objectif clef est de permettre au patient de décéder dans la dignité en réduisant autant que possible la souffrance physique et psychique.

LES PROBLEMES RENCONTRES PAR NOTRE SERVICE

Ils surviennent au cours des trois périodes de la maladie.

- **Pendant la première période**, notre principale difficulté est de trouver des centres de rééducation pour les patients qui en ont besoin. En effet, le terme de gliome malin agit comme un « épouvantail » et nos patients sont systématiquement refusés dans les centres de rééducation de qualité. Un homme de 40 ans souffrant d'un oligodendrogliome anaplasique peut raisonnablement espérer 3 à 5 années de survie de qualité voire plus pendant lesquelles il pourra reprendre une existence pratiquement normale. L'objectif est ici de permettre une rééducation courte permettant le retour rapide du malade à son domicile.

- **La deuxième période** est de gestion beaucoup plus difficile puisqu'elle est fondamentalement caractérisée par l'incertitude. De façon schématique, on peut considérer que 75% des patients vont se stabiliser ou se détériorer alors que 25 % des patients vont s'améliorer même si cette amélioration n'est que transitoire. A ce stade, la prise en charge des patients peut s'orienter vers deux types de structure :

    1. **Le retour à domicile** : tout doit être fait pour que le patient puisse rentrer chez lui en mettant à sa disposition une équipe associant médecin traitant, infirmière, kinésithérapeute, assistante sociale, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste parfois. Le lien avec le service est renforcé par l'intervention de l'infirmière référente en neuro-oncologie dont l'une des missions est le lien « ville-hôpital ». Les aides liées au handicap seront déclenchées pour assurer une prise en charge de qualité au domicile complétées éventuellement par une hospitalisation à domicile ou des passages de soignants libéraux.

    2. **Quand le patient ne peut pas retourner au domicile**, ce qui est beaucoup plus souvent la conséquence d'un problème social que d'un problème médical, l'hospitalisation en centre d'intercure ou dans un hôpital de proximité devient nécessaire. Nos attentes sont alors les suivantes :

- Le centre doit être accueillant, conscient que la notion de qualité de vie prend dans le contexte présent toute son importance et motivé par cet objectif. Le patient doit pouvoir être vu quotidiennement par le médecin et l'équipe paramédicale qui doit être en mesure de prendre en charge des patients déficitaires et non ambulatoires. Ce centre doit être raisonnablement situé par rapport au domicile de la famille du patient.

- La gestion des traitements symptomatiques (adaptation des doses de corticoïdes, anti-épileptiques, anticoagulants, anxiolytiques et neuroleptiques en cas d'agitation...) doit pouvoir être faite aisément et éventuellement quotidiennement.

- Les mesures de rééducation et d'orthophonie voire d'ergothérapie sont très utiles mais ne nécessitent pas une prise en charge intensive (par exemple 2 à 3 fois par semaine).

Dans le cadre d'un partenariat avec ces structures notre service offre certaines possibilités :

- Un médecin d'astreinte disponible 24/h/24h sur un téléphone portable quand un problème ne peut être résolu localement.

- Un suivi téléphonique personnalisé hebdomadaire ou bi-hebdomadaire par une infirmière référente en neuro-oncologie connaissant le patient.

- Une collaboration de notre service social pour la prise en charge sociale.

- Un engagement en cas d'aggravation de reprendre le patient dans les 72 h.

- Assurer la formation des équipes de la clinique sur les différents aspects de la prise en charge des tumeurs cérébrales.

➢ **La troisième période** est celle de l'accompagnement de fin de vie. Elle peut se passer au domicile du patient lorsqu'il existe un environnement familial très structuré et une participation active du médecin traitant. Nos liens avec les unités de soins palliatifs sont en règle générale excellents. La seule difficulté étant celle d'un délai d'attente, cet accompagnement peut être réalisé au sein même du service à condition qu'il soit décidé d'un commun accord avec les équipes médicales et paramédicales.

BESOINS DE REEDUCATION CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT DE TUMEURS CEREBRALES

Eleonore BAYEN – Médecin Rééducateur

La Médecine Physique et de Réadaptation est une spécialité médicale qui intervient à côté de la neuro-oncologie.

Les rééducateurs prennent en charge le retentissement fonctionnel d'une lésion neurologique : une lésion cérébrale, médullaire ou touchant le système nerveux périphérique va occasionner un déficit moteur ou des troubles cognitifs qui vont être à l'origine de difficultés dans les activités de la vie quotidienne.

Le rôle des rééducateurs est donc :

1. d'évaluer les difficultés, les limitations d'activité en vie quotidienne,
2. de proposer un programme de rééducation qui sera réalisé en collaboration avec le kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, assistante sociale.
3. D'accompagner le parcours global de vie de la personne, en travaillant sur la compensation du handicap.

En pratique, les rééducateurs interviennent à différents moments du parcours de soins :

à la phase initiale, il y aura une **indication « classique » de rééducation MPR des déficits neurologiques moteurs et cognitifs** durant quelques semaines ou mois.
L'objectif précis étant le retour à domicile, il s'agira d'évaluer les potentialités de récupération.

Lorsque le patient est stabilisé et suit par exemple une chimiothérapie orale, il peut y avoir une indication MPR de « réentrainement à l'effort » pour augmenter le périmètre de marche et le spectre de ses activités quotidiennes par une prise en charge de ¾ semaines en rééducation traditionnelle ou en hôpital de jour MPR.

L'attente vis à vis de la rééducation n'est surtout pas celle d'une récupération progressive évitant les compensations et les déformations orthopédiques, car cette rééducation nécessite du temps. Mais ce serait plutôt une exploitation maximale des possibilités restantes, à proximité du milieu familial, pour permettre au patient de reconstruire un projet de vie.

L'objectif de notre service est de trouver des partenaires multiples au niveau de l'île de France pouvant proposer cette rééducation, essentielle pour les patients, à proximité de leur domicile. Il sera précisé au patient et à sa famille que la récupération totale n'est pas le but et que le séjour sera court, maximum un mois.

A côté du kinésithérapeute, un ergothérapeute peut être amené à intervenir pour donner des conseils pour les actes de la vie quotidienne (technique d'habillage, réalisation des transferts en sécurité,) et pour prescrire des aides techniques (canne, couverts adaptés, fauteuil roulant).

Le neuropsychologue pourra évaluer les difficultés cognitives (troubles de la concentration, de l'organisation etc), et pourra donner des conseils au patient et aux proches.

Enfin, l'orthophoniste pourra prendre en charge les troubles de la parole, mais aussi les difficultés mises en évidence par le neuropsychologue et travailler sur différents supports (livret de communication, magazine).

A un stade plus tardif de la maladie, une prise en charge en Soins de Suite et de Réadaptation pourra s'axer sur les soins de confort comme les massages décontracturants par des kinésithérapeutes et le travail sera alors adapté selon la fatigue de la personne.

PRISE EN CHARGE SOCIALE DES PATIENTS

Véronique BUREAU

Assistante Sociale

Lors de la sortie d'hospitalisation nous mettons tout en œuvre pour réussir un retour à domicile dans de bonnes conditions avec l'accord du patient et de sa famille. Grâce à la prise en charge de notre infirmière référente, qui assure la liaison ville hôpital, les patients, leur famille et le médecin traitant peuvent avoir un lien direct avec notre service soit pour répondre à leur questionnement soit pour faire face à un événement imprévu. Cependant malgré notre aide certains patients ne peuvent plus rester à domicile pour une période variant d'un mois à plusieurs mois.

Ceci pour plusieurs raisons :

- Le patient a perdu récemment une partie de son autonomie et une rééducation courte est envisagée.
- La famille a besoin d'un répit de manière momentanée car la prise en charge est lourde soit en raison de troubles moteurs ou troubles intellectuels soit les deux réunis le retour à domicile pouvant se faire à nouveau après cette période de repos.
- La prise en charge familiale à domicile est momentanément désorganisée car le conjoint est lui-même indisponible.
- Les troubles des fonctions supérieures ne permettent pas le maintien à domicile en raison de la présence de jeunes enfants ou de l'activité professionnelle du conjoint.
- L'aggravation de l'état de santé entre deux cures de chimiothérapie ne permet pas une prise en charge de qualité au domicile.

C'est face à toutes ces contraintes, que nous recherchons un soin de suite pouvant prendre en charge nos patients :

- soit pour une rééducation adaptée.
- soit pour prendre en charge cette délicate période entre deux cures de chimiothérapie.

Nos critères de recherche d'un établissement sont les suivants :

- Privilégier les liens familiaux en recherchant un lieu proche géographiquement de la famille.
- Trouver un partenaire avec lequel nous avons des liens privilégiés de confiance et de réciprocité.
- Trouver un partenaire qui assure des soins de qualité dans un environnement le plus confortable possible pour nos patients.

Nos engagements sont les suivants :

- Orienter des patients qui ont une prise en charge sécurité sociale en cours de validité ainsi qu'une prise en charge de mutuelle.
- Ne pas orienter des patients présentant des problèmes sociaux trop complexes.
- Reprendre le patient au plus vite, suivant nos propres contraintes de lits, dès qu'il pose un problème médical trop lourd pour votre établissement.
- Orienter éventuellement le patient en établissement de soins palliatifs
- Reprendre le patient quand le séjour se prolonge au-delà d'une période raisonnable afin de soulager le personnel de la clinique.
- Mettre à votre disposition des correspondants privilégiés pour répondre en temps réel à vos interrogations.
- Collaborer à la prise en charge sociale.

Quelques recommandations pour la prise en charge des complications pouvant survenir chez les patients souffrant de tumeur cérébrale

Infirmière référente en neuro oncologie – Mme Mylène RAVIN

Les tumeurs primitives constituent une pathologie neurologique fréquente, puisque leur incidence suit immédiatement celle des AVC et des démences. Il y a entre 3000 et 5000 nouveaux cas chaque année en France, soit 2 % des cancers de l'adulte. Globalement le pronostic est sombre mais avec une grande hétérogénéité évolutive et dans les modalités de prise en charge d'un patient à l'autre, expliquant les difficultés médicales parfois rencontrées dans le suivi et la prévision de l'évolution.

Modes de révélation :

1. Une crise d'épilepsie partielle ou généralisée révèle 20 % des tumeurs cérébrales. La crise partielle à une valeur localisatrice. Toute première crise comitiale justifie une IRM ou à défaut un scanner.

2. L'hypertension intracrânienne (HIC), reflète l'importance de la croissance tumorale au sein d'un volume fermé : la boite crânienne. Sa sévérité dépend de la taille de la tumeur, de sa localisation (compression des voies d'écoulement du Liquide Céphalo Rachidien (LCR) provoquant une hydrocéphalie dans les tumeurs de la fosse postérieure ou du 3ème ventricule), et de sa vitesse de croissance.
   Elle s'exprime par :
   - Des céphalées à prédominance matinale d'aggravation progressive, accompagnées de nausées, parfois de vomissements qui les soulagent. Elle est due à la mise en tension de la dure mère et des vaisseaux.
   - Des signes visuels, à type d'éclipse, de baisse de l'acuité visuelle, de diplopie parfois d'œdème papillaire.
   - A un stade tardif, apparaissent des signes de souffrance cérébrale diffuse : ralentissement intellectuel, troubles de la vigilance et signes d'engagement qui nécessitent une thérapeutique urgente (corticothérapie à forte dose). Une paralysie du 3ème nerf crânien homolatéral avec une dilatation pupillaire (mydriase) traduit dans ce contexte un engagement temporal dont l'évolution peut se faire en quelques heures vers le coma et le décès.

3. Les signes déficitaires focaux sont en rapport avec la localisation de la tumeur et traduisent généralement son extension progressive dite « en tâche d'huile ».

D'autres symptômes ou signes cliniques dépendant de la localisation de la tumeur :

- Un syndrome frontal.
- Une atteinte des fonctions instrumentales (aphasie, apraxie, agnosie).
- Un déficit hémicorporel sensitif ou moteur.
- Une hémianopsie latérale homonyme (trouble du champ visuel).
- Un syndrome cérébelleux.
- Une paralysie oculomotrice.
- Une paraplégie (tumeur médullaire ou de la queue de cheval).
- Un syndrome méningé.

L'IRM est l'examen de référence dans les tumeurs cérébrales, permettant une définition plus précise de la tumeur, de l'œdème et de leurs rapports avec les zones fonctionnelles. A défaut le scanner sans et avec injection d'iode est souvent réalisé en premier. Il permet de voir la tumeur et son retentissement (localisation, tumeur unique ou multiple).

LES PRINCIPAUX TRAITEMENTS PAR CHIMIOTHERAPIE

Tous les traitements proposés aux patients sont récupérés à la pharmacie de notre groupe hospitalier. Ils s'administrent par voie orale et/ou intraveineuse. Les principaux sont les suivants :

Traitements	Fréquence	Principaux effets secondaires	Surveillance	Fournis par l'hôpital
TEMOZOLOMIDE (per os)	5 jours consécutifs de prise 1/fois par mois. Voir prescription médicale pour administration.	- Nausées. - Vomissements (anti-nauséeux). - Toxicité hématologique (thrombopénie, leucopénie). - Perte d'appétit. - Changement du goût alimentaire. - Troubles du transit (antimvomitif).	- Bilan sanguin (NFS en intercure tous les 15 jours). - Bilan complet (24 à 48 h avant le prochain HDJ. - IRM tous les deux mois.	**OUI**
AVASTIN ou Bevacizumab (Intraveineux)	1 perfusion tous les 15 jours en hôpital de jour.	- Epistaxis. - Gingivorragie. - Toxicité hématologique (thrombopénie, leucopénie). - Risque de toxicité rénale (Phlébite).	- Bilan NFS, plaquettes une fois par semaine. - bilan complet 48 h ≃ avant HDJ. - IRM une fois par mois.	**OUI**
PCV ou Belustine (per os), Natulan (per os), Vincristine (IV).	**J-1** Belustine toutes les 06 semaines (3 à 5 cp en une prise). **J-8** Vincristine en IV (HDJ). **J-8-J-21** Natulan* durant 14 j. **J-29** Vincristine en IV (HDJ).	- Toxicité hématologique. - Nausées, vomissements. - Paresthésies. - Douleurs maxillaires. - Asthénie. - Trouble du transit (constipation).	- Bilan NFS, plaquettes avant J8-J29. - bilan complet pour chaque J-1. - IRM cérébrale toutes les 6 semaines.	BELUSTINE : OUI VINCRISTINE : OUI (mais administré sur place en HDJ). NATULAN attention : pharmacie de ville.

Service Neuro-Oncologie-Service du Professeur HOANG XUAN Khê –
**voir prescription médicale pour administration de la chimiothérapie et des antivomitifs*

Traitements	Fréquence	Principaux effets secondaires	Surveillance	Fournis par l'hôpital
CCNU Belustine (per os).	3 à 5 gélules en une prise toutes les 6 semaines.	- Toxicité hématologique. - Toxicité hépatique. - Nausées, vomissements. - Asthénie.	- Bilan NFS (tous les 10 jours). - Bilan complet (48 ≃ avant HDJ. - IRM toutes les 6 semaines.	**OUI**
Carboplatine (IV)	1 fois/mois en IV.	- Nausées, vomissements. - Asthénie. - Toxicité hématologique. - Toxicité hépatique. - Troubles de la vigilance.	- Bilan NFS, plaquettes en intercure tous les 15 jours. - Bilan complet 24 à 48 h avant HDJ. - IRM une fois par mois.	**Administré sur place en HDJ**

LES PRINCIPALES COMPLICATIONS :

1. Hypertension intracrânienne et/ou majoration progressive du déficit :

Les corticoïdes les plus couramment utilisés sont le médrol®, le cortancyl®, et le solupred ® ; ils sont efficaces sur l'œdème tumoral vasogénique à des doses d'1mg/kg/jour. Des doses beaucoup plus élevées (500 mg, 1 g de Solumédrol®) peuvent être utilisées en cas d'HIC sévère. Ils n'ont pas d'efficacité directe sur la tumeur (sauf lymphome).

Ils sont utilisés en cas d'hypertension intracrânienne ou d'aggravation majeure du déficit neurologique lié à l'œdème (aphasie, déficit moteur) :

Le patient n'est pas sous corticoïdes :

Introduction d'une dose conséquente, 80 mg de Médrol pendant 48 heures la prise unique le matin à évaluer en fonction des symptômes puis toujours envisager une diminution progressive lorsque la période aiguë est passée et à adopter en fonction des symptômes.

Le patient est déjà sous corticoïdes :

Augmenter la dose de façon conséquente (doubler) Ex : 32 mg ➔ 64 mg.

En association avec un protecteur gastrique (par exemple mopral® 20 1/j), un apport de calcium en prévention de l'ostéoporose (ex : Cacit D3®), un apport de potassium (ex diffu k®) en fonction de la kaliémie.

2. Les crises d'épilepsie :

Les antiépileptiques sont nécessaires chez les patients qui ont fait des crises, l'objectif étant d'obtenir un contrôle des crises satisfaisant avec le moins d'effets secondaires possible.

Une crise d'épilepsie dépasse rarement 3 à 5 minutes, cède souvent seul, et ne justifie une modification de traitement (augmentation des doses, bi-thérapie) qu'en cas d'augmentation de fréquence des crises et après avoir contrôlé le taux plasmatique des anti-épileptiques déjà prescrits.

1- **Monothérapie** à augmenter parfois jusqu'à dose maximale ; si persistance des crises, relais avec un autre anti-épileptique éventuellement jusqu'à dose maximale si nécessaire.
   Puis
2- **Bithérapie**, voire **trithérapie** si résistance :
   ❶ **KEPPRA®** 500 mg à 3000 mg/j en deux prises P.O ou IV (Kepra se donne aussi en perfusion).

❷ **DEPAKINE** ® 20 mg/kg/j.
Per os en deux prises.
Perfusion continue sur 24 h si le patient n'avale pas.
[Fractionnement en 4 perfusions d'une heure dans 250 cc de chlorure de sodium.
Bolus de 15mg/kg en 5 mn puis relais par perfusion continue 1mg/kg/h].
Attention à la prescription chez les femmes en âge de procréer (contraception).

❸ **URBANYL**® entre 5 et 20 mg/j P.O en complément en attendant l'efficacité du médicament introduit ou de l'augmentation des doses d'anti-épileptiques.

❹ **TEGRETOL**® entre 400 et 800 mg/j en deux prises/dosage plasmatique.

❺ **NEURONTIN**® 900 mg à 3600 mg/j en trois prises.

❻ **LAMICTAL** : entre 200 et 500 mg/j (hors Dépakine).

❼ **VIMPAT**: entre 200 et 600 mg/j.

L'efficacité ne peut être jugée qu'après 15 jours de traitement.

Si les crises s'enchaînent (état de mal), le rivotril est alors le médicament le plus adapté dans l'urgence, même s'il entraîne une somnolence importante.

- **RIVOTRIL de 0.5 à 1 mg si nécessaire jusqu'à max 6x/j.**
  Monothérapie temporaire.
  Association avec un autre anti-épileptique.
  Intraveineuse lente.

3. <u>La neutropénie fébrile :</u>

La majeure partie des patients que vous accueillez sont entre deux cures de chimiothérapie et peuvent présenter une baisse environ 15 jours après le traitement du taux de leucocytes, de neutrophiles et de plaquettes.

La surveillance habituelle est d'une prise de sang tous les 10 jours, sauf si les leucocytes sont inférieures à 1500, les neutrophiles inférieurs à 500 et les plaquettes inférieures à 75000, la surveillance se fera plus rapprochée à raison de 2 bilans par semaine au minimum.

Au cours d'une neutropénie, un état fébrile peut survenir, la conduite recommandée dans notre service est :

- Surveillance de la température régulière.
- Bilan sanguin (NFS, VS, CRP, IONO, hémocultures).
- Bilan urinaire (ECBU).
- Examen clinique à la recherche d'une porte d'entrée (pneumopathie, infection urinaire, PAC…°.
- Prescription d'une bi-thérapie antibiotique si possible après hémocultures :

- CIFLOX 500 2 fois par jour pendant 7 jours.
- AUGMENTIN 1 g 2 fois par jour pendant 7 jours
  (en cas d'allergie à la pénicilline, pas d'Augmentin).

N'hésitez pas à contacter le médecin ou l'infirmière référent de notre service pour vous aider dans la prise en charge de ces complications.

Vous serez peut être amenés à rencontrer des patients en cours de traitement par des facteurs de croissance comme :

- **Le G-CSF,** que nous prescrivons afin de diminuer la période de neutropénie. Ils sont prescrits en sous cutanée, une fois par jour, pendant plusieurs jours (NEUPOGEN®, GRANOCYTE®) ou en injection unique (NEULASTA®).
  Ne l'arrêter qu'en cas d'hyperleucocytose supérieure à 40 000/mm³.

- **Les Erythropoïétine** facteur de croissance hématopoïétique peuvent être utilisés lorsque l'hémoglobine est inférieure à 11 g/l, à raison d'une injection S.C par semaine (EPREX®, NEORECORMON®) ou à raison de 3 injections sous-cutanées à 21 jours d'intervalles (ARANESP®).

Ces médicaments coûteux sont pris en charge en totalité par notre service, et leur prescription est gérée par nos médecins.

N'hésitez pas à les contacter pour un complément d'information.

4. **La lymphopénie :**

Bactrim faible 400 mg/j utilisé systématiquement si les lymphocytes sont inférieurs à 1000 en association avec lederfoline 25 mg/semaine.

5. **L'hémorragie:**

Une hémorragie doit être suspectée en cas de :

a- Pétéchies, purpura.
b- Hématurie macroscopique.
c- Tout autre saignement extériorisé.

Le risque hémorragique étant lié à la profondeur de la thrombopénie, nous réalisons une transfusion prophylactique en règle à un seuil ≤ 20 000/mm³.

Des transfusions peuvent être néanmoins nécessaires à un taux plaquettaire plus élevé en cas de signes hémorragiques, de fièvre élevée, d'hyper leucocytose, de chute rapide du taux plaquettaire, ou de troubles de la coagulation.

6. **La phlébite :**

C'est une complication fréquente chez les patients atteints de tumeurs cérébrales, elle est à prévenir systématiquement chez les patients à mobilité réduite, par une injection quotidienne d'anti-coagulant à dose prophylactique (par exemple fraxiparine® ou Lovenox® sous cutanée).

Elle est à rechercher chez les patients se plaignant de douleur, rougeur, chaleur et œdème unilatéral d'un membre inférieur par la réalisation d'un doppler veineux des membres inférieurs. Elle sera traitée rapidement par des anti-coagulants à dose curative d'abord par voie sous-cutanée.

La phlébite est parfois révélée par une embolie pulmonaire qui doit être systématiquement suspectée devant toute douleur thoracique et/ou détresse respiratoire chez un patient souffrant de tumeur cérébrale. Elle nécessite des soins urgents.

7. La mycose buccale :

Prendre 4 à 6 bains de bouche par jour avec :

SERUM bicarbonate 1,4 % 50 cc

FUNGIZONE suspension orale 1/3 flacon

GIVALEX 10 cc

En cas de mycose importante :

TRIFLUCAN 500 mg/j – dose à adapter selon évaluation médicale.

8. Les nausées et vomissements retardés :

Ils débutent le lendemain de la cure de chimiothérapie et sont traités dans notre service de façon préventive par du Zophren® ou Kytril® s'ils surviennent malgré tout on peut compléter par :

- **VOGALENE® lyoc** 1 cp sub-linguale 15 à 20 mn avant les repas. Maximum 8/j pendant au moins 3 jours.

- **MEDROL** ®16 mg 1 cp matin et midi à prendre au cours des repas pendant 3 à 5 jours (pour les patients qui n'ont pas de corticoïdes).

COORDONNEES DE VOS CORRESPONDANTS

Chef de Service	Secrétariat	Adresse e-mail
Pr. Khe HOANG XUAN	01 42 16 03 81	khe.hoang-xuan@aphp.fr

Cadre de Santé	Ligne Directe	Adresse e-mail
Rachel VERBRUGGHE	01 42 16 04 05	rachel.verbrugghe@aphp.fr

Infirmiers référents HDJ	Ligne Directe	Adresse e-mail
Marie Dominique CANTAL DUPART	06 19 31 67 32	marie-dominique.cantal-dupart@aphp.fr
Florence POIRIER	06 28 51 28 25	florence.poirier@aphp.fr

Salle CLOVIS VINCENT - SICARD

Cadre de Santé	Ligne Directe	Adresse e-mail
Sabine DANJOU	01 42 16 03 86	sabine.danjou@aphp.fr
Catherine FRELIN	01 84 82 72 65	Catherine.frelin@aphp.fr

Secrétaires hospitalières	Ligne Directe	Fax
Deborah BENSOUSSAN	01 42 16 04 06	01 42 16 06 14
Fabienne FAVROT	01 42 16 03 99	01 42 16 06 14

Offre de soins : 01 42 16 04 07 pour joindre le médecin d'astreinte 24 h 24.

SERVICE SOCIAL

Assistante sociale	Ligne Directe	Fax	Adresse e-mail
Véronique BUREAU	01 42 16 04 16	01 42 16 06 16	veronique.bureau@aphp.fr
Secrétaire Sociale	**Ligne Directe**	**Fax**	**Adresse e-mail**
Christelle DACQUAY	01 42 16 04 15	01 42 16 06 16	christelle.dacquay@aphp.fr

PSYCHOLOGUES

Psychologue	Ligne Directe	Adresse e-mail
Nathalie JOUNIAUX-DLEBEZ	01 42 16 04 32	Nathalie.jouniaux-delbez@aphp.fr
Neuropsychologue	**Ligne Directe**	**Adresse e-mail**
Daniel DELGADILLO	01 42 16 41 63	daniel.delgadillo@aphp.fr

COORDONNEES DES MEDECINS

Médecins	Secrétariat	Adresse e-mail
Dr. Agusti ALENTORN	Stéphanie LOGET 01 42 16 41 60	agusti.alentorn@aphp.fr
Dr. Anna Luisa DI STEPHANO		anna-luisa.di-stephano@aphp.fr
Dr. Caroline HOUILLIER		caroline.houillier@aphp.fr
Dr. Nadia YOUNAN		nadia.younan@aphp.fr
Dr. Marc SANSON	Muriel BUTON 01 42 16 04 35	marc.sanson@aphp.fr
Dr. Caroline DEHAIS		caroline.dehais@aphp.fr
Dr. Dimitri PSIMARAS		dimitri.psimaras@aphp.fr
Pr. Khe HOANG XUAN	Noëlla VANZI 01 42 16 03 81	khe.hoang-xuan@aphp.fr
Dr. Florence LAIGLE DONADEY		florence.laigle-donadey@aphp.fr
Pr. Jean Yves DELATTRE	Marie Claude BARTHOD 01 42 16 03 85	jean-yves.delattre@aphp.fr
Dr. Ahmed IDBAIH		ahmed.idbaih@aphp.fr

Hôpitaux Universitaires
La Pitié salpêtrière - Charles Foix

Livret d'accueil réalisé par :

Véronique BUREAU

Assistante Sociale

&

Christelle DACQUAY

Secrétaire Sociale

Livret d'accueil mis à jour le 27 octobre 2015