

Les effets secondaires de la chimiothérapie FMC Mardi 4 Juin 2013

Docteur Nathalie Leriche
C H Dron
Tel : 03 20 69 44 88
Fax : 03 20 69 45 99
Mail : nleriche@ch-tourcoing.fr

◆ Effets secondaires Cardiovasculaires :

5 fluoro-uracile

Risque de spasme coronarien

Avastin*

Risque HTA, Thromboses, Hémorragies, (perforation digestive)

Herceptin*

Risque d'insuffisance cardiaque
Surveillance de la fraction d'éjection tous les 3 mois en cours de traitement

Thrombose veineuse et embolie pulmonaire

Chez les patients ayant un cancer, les AVK sont moins efficaces et moins bien tolérés
Un traitement par HBPM est donc recommandé
La durée du traitement est de 3 à 6 mois en fonction de l'évolution du cancer et des traitements en cours
Fragmine* est la seule HBPM ayant une indication validée par son AMM chez les patients ayant un cancer (Innohep* en attente d'AMM)

◆ Effets secondaires Oro-digestifs

Nausées - vomissements

Prévention des vomissements anticipés

Donner un anxiolytique la veille au coucher et le matin de la chimiothérapie (Alprazolam 0,5mg)

Prévention des vomissements retardés :

Les sétrons sont inefficaces

l'Aprépitant (Emend*) est efficace : 125mg au J1 de la chimio, 80mg au J2 et J3

En cas d'action émétisante prolongée malgré un protocole de prévention :

Métoclopramide : 1cp pour 20kg de poids toutes les 6 heures +/- corticothérapie

Mucite

Evomucy*

Mycoses buccales

Bains de bouche sérum bicarbonaté, Fungizone*
Loramyc*

Mucite herpétique

Zelitrex*

Diarrhée

Tarceva*, Nexavar*, Campto*, Xéloda*...

Réhydratation
Ralentisseur du transit (Lopéramide)
Antisécrétoire (Tiorfan*)
Absorbant (Smecta*)

Constipation

(Zophren*), Codéine, Morphine

Traitement préventif
Prise quotidienne même si transit normal
Associer un laxatif stimulant (Contalax*, Dulcolax*) et un laxatif osmotique
(Duphalac*, Movicol*, Forlax*)
Eviter les mucilages (Transilane*, Spagulax*)

◆ Troubles hématologiques et infectieux

Hyperthermie (> 38,5°C) → Bilan sanguin en urgence + ECBU

Polynucléaires neutrophiles > 500 → Antibiothérapie per os

Polynucléaires neutrophiles < 500 = neutropénie fébrile = hospitalisation

Anémie < 10g en cours de chimio → EPO
Anémie < 8g → Transfusion

Thrombopénie < 20 000 → Transfusion
Thrombopénie > 20 000 → Transfusion si signes hémorragiques

Leuco/neutropénie → pas de traitement si pas d'hyperthermie

◆ Effets secondaires Neurologiques

Sels de platine : carboplatine, cisplatine, oxaliplatine
Taxol

Pas / peu de traitement efficace, vitaminothérapie B1B6
Traitement symptomatique (Lyrica*, Neurontin*, Laroxyll*)

◆ Effets secondaires cutanés

Syndrome pied-main

Soins de pédicurie
traitements des zones hyperkératosiques (préalables à l'initiation du traitement + en cours de traitement)
Crème émolliente
Dexeryl*, Evoskin* gel-crème ou spray
Dermocorticoïde en cas de réaction inflammatoire douloureuse
Diprosone*

Toxicité cutanée des thérapeutiques ciblées

Cetuximab (Erbix*)
Erlotinib (Tarceva*)
Panitumumab (Vectibix*)

= anti EGFR (voies de signalisation responsable de la croissance tumorale)

Rash acnéiforme

Grade 1

Toilette savon doux
Hydratation cutanée : Dexeryl*
+/- Rozex* (métronidazole)

Grade 2 (folliculite amicrobienne, pustules sur base érythémateuse)

Antibiothérapie orale : Doxycycline* 100mg / 1 mois puis 50mg
Eryfluid* gel

Grade 3 (lésions confluentes, œdémateuses, préjudice esthétique)

Antibiothérapie orale (grade2)
+/- corticoïdes locaux de classe 3 (Locoïd*)

Grade 4 (dermite exfoliative ou ulcération, lésions suintantes et croûteuses)

Avis dermatologique : pansement gras quotidien, détersion des croûtes...

Xérose cutanée

Dexeryl*, Evoskin*

Fissures et crevasses palmo-plantaires

Préparation magistrale à base de baume du commandeur :
Baume du commandeur 5g
Glycérine 5g
Excipial* pommade qsp 50g (en l'absence de spécialité équivalente)

Périorionyx

Bâtonnet de nitrate d'argent
Dermocorticoïde de classe 4
Désinfection à l'Héxomédine*
+/- Doxycycline

◆ Toxicité Rénale

Cisplatine

Eviter d'associer des thérapeutiques néphrotoxiques
Surveillance de la fonction rénale

◆ Asthénie

Plusieurs facteurs

Le type de cancer et le stade évolutif, les traitements

L'anémie

La douleur

La dépression, les troubles du sommeil

La dénutrition

Les problèmes sociaux

Une activité physique adaptée, d'intensité faible à modérée pendant et après le traitement améliore la qualité de vie

Bénéfique sur l'anxiété, sur la dépression, sur le sommeil, sur l'image du corps, diminution de la sensation de fatigue

Effets sur la survie dans le cancer du sein :

Réduction du risque de mortalité globale de 18 à 41% selon les études

Réduction du risque de décès par cancer du sein de 34%

Réduction du risque de récurrence de 24%

Effets sur la survie dans le cancer colique

Effets préventifs

◆ Cas Clinique 1 : Surveillance du cancer du sein

Recommandations (HAS, SOR, FNCLCC)

Examen clinique tous les 6 mois pendant 5 ans, puis annuellement

80% des récurrences surviennent au cours de cette période

Examen clinique = diagnostic dans $\frac{3}{4}$ des cas

Associer une mammographie annuelle

= Récurrence locale ou controlatérale

La recherche de métastases n'est pas l'objectif de la surveillance

Le diagnostic précoce des métastases n'a pas d'impact favorable sur la survie

la mammographie est le seul examen complémentaire de réalisation

systématique qui ait montré un intérêt

L'IRM mammaire a son intérêt en cas de doute diagnostique

Un bilan (scanner, scintigraphie) sera réalisé uniquement en cas de point d'appel

Le dosage du CA 15.3 n'est pas recommandé

◆ Cas Clinique 2 : Surveillance du cancer colique

Interrogatoire et examen clinique

Tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans

Examens complémentaires

Scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection (fonction du stade)

tous les 3 à 6 mois pendant 2 ans puis annuellement pendant 3 ans

TEP indiquée pour la localisation des récurrences en cas d'élévation confirmée de l'ACE et négativité du reste du bilan

Endoscopie

Si colo incomplète ou de mauvaise qualité en pré-opératoire : à refaire dans les 6 mois post-opératoires

Contrôle à 2 ou 3 ans puis tous les 5 ans si normale

Biologie

Dosage de l'ACE tous les 3 mois durant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans. (recommandations HAS 2012 ; tous les 3 mois les 3 premières années)

◆ Cas clinique 3 : prise en charge de l'état nutritionnel

Evaluation de l'état nutritionnel

40 à 60 % des patients hospitalisés pour un cancer sont dénutris
Toute altération de l'état nutritionnel augmente la morbidité et constitue un facteur pronostique indépendant péjoratif de survie

Evaluation clinique

- Poids de forme
- poids actuel
- % de perte de poids
 - le seuil de 10% de perte de poids = valeur pronostique péjorative
 - Rapidité d'installation de la perte de poids
 - Perte de poids de 2% en 1 semaine, même valeur pronostique péjorative qu'une perte de poids de 5 % en 1 mois ou 10% en 6 mois
 - Un patient obèse peut être dénutri

Evaluation Biologique

- Albuminémie
 - ½ vie de 20 jours, permet de suivre l'évolution à long terme
 - Taux < 35g/l = dénutrition modérée, < 30 = dénutrition sévère
 - Variable selon l'état inflammatoire (CRP)
 - Facteur pronostique d'évènement infectieux et de mortalité en post-opératoire
- Pré-albuminémie
 - ½ vie courte : 2 jours
 - Permet d'identifier les fluctuations rapides du statut nutritionnel
 - < 20g/l : dénutrition modérée
 - < 10g/l : dénutrition sévère

Prise en charge à domicile de première intention :

la complémentation orale

Elle permet seulement de compléter l'alimentation orale habituelle et non la remplacer Elle existe sous différents arômes et différentes textures adaptées aux troubles de la déglutition

Indications

Dénutrition modérée ou sévère
Augmentation des besoins protéino-énergétiques (cancer, escarres...)
Troubles de mastication, dysphagie
Renutrition pré et/ou post-opératoire
Sa posologie est de 1 à 2 par jour à adapter en fonction des besoins. Au-delà l'effet peut être délétère sur l'appétit ou sur la fonction rénale dans certaines pathologies