

**FEDERATION de CANCEROLOGIE**



NOM :

PRENOM :

**Service d'Hépatogastro-entérologie  
et d'Oncologie Digestive**  
**Pr. J.M. Phélip**  
**Dr B. Patouillard**  
**Dr X. Coulaud**



N° d'appel :

⇒ Secrétariat : 04 77 82 86 19

⇒ Unité gastro 4A : 04 77 82 81 91 de 7h à 18h

⇒ Unité gastro 4B : 04 77 82 83 22

Madame, Monsieur,

Ce carnet de « liaison » a pour objectif de transmettre l'information médicale entre votre médecin traitant, le service d'oncologie digestive, les différents intervenants (infirmière par exemple) et vous-même. Il permet d'optimiser le suivi concernant votre prise en charge et vous a été remis personnellement car il comportera des informations propre à votre projet thérapeutique.

Il est composé de différentes parties :

- 1- **Les noms et coordonnées de vos médecins hospitaliers** et du service d'oncologie digestive (couverture du carnet).
- 2- **Les informations** concernant chacune des interventions médicales et en particulier les séances successives de chimiothérapies (délivrance, toxicité, doses et prévisions)
- 3- Un résumé des principales toxicités des chimiothérapies et leurs prises en charge. **Ces informations ne doivent pas être utilisées pour de l'automédication** mais sont destinées à aider votre médecin dans sa prise de décision et dans sa prescription. Certaines toxicités sont en effet rares et de prise en charge spécifique.
- 4- **« Un plan personnalisé de soins »** (dos de la couverture bleue) sous forme d'un tableau résumant les grandes étapes et la chronologie des traitements que vous devez recevoir.

Par ailleurs, dans le cadre de la mesure 40 du plan cancer 2003-2007, nous mettons à votre disposition une consultation spécialisée dite « **consultation d'annonce** » avec une infirmière spécialisée. Cette consultation « ouverte », vous permettra d'aborder l'ensemble des interrogations soulevées par votre maladie et par sa prise en charge.

Elle se déclinera en 4 points principaux :

- Explication et reformulation des propos médicaux concernant votre maladie
- Explication pratique de la prise en charge prévue : déroulement d'une chimiothérapie par exemple
- Mise en contact avec les personnes ressources susceptibles d'intervenir au cours de votre prise en charge (centre de la douleur, soins de confort, rééducation, nutritionniste, psychologues, esthéticienne etc....)
- Vérification de la programmation des rendez vous et des examens médicaux prescrits

**Cette consultation d'annonce se tiendra de 15H à 16H**

**tous les mardis et tous les jeudis (hors jours fériés)**

**à l'entrée sur service d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie digestive**

**(4<sup>ème</sup> étage du Bâtiment C du CHU de St Etienne)**

**dans la salle d'accueil des patients et des familles.**

**Vous pouvez prendre rendez-vous à votre convenance au numéro suivant :**

**04 77 82 86 19**

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

  

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

---

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

Date de venue :

Type de Chimiothérapie :

Numéro de cure prévue :

Cure faite :

OUI

NON

Remarque particulière

Ce qui est prévu

Date de venue :

Type de Chimiothérapie :

Numéro de cure prévue :

Cure faite :

OUI

NON

Remarque particulière

Ce qui est prévu

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

---

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		



Date de venue :

Type de Chimiothérapie :

Numéro de cure prévue :

Cure faite :

OUI

NON

Remarque particulière

Ce qui est prévu

Date de venue :

Type de Chimiothérapie :

Numéro de cure prévue :

Cure faite :

OUI

NON

Remarque particulière

Ce qui est prévu

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

  

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

---

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

  

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

---

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

  

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

Date de venue :

Type de Chimiothérapie :

Numéro de cure prévue :

Cure faite :

OUI

NON

Remarque particulière

Ce qui est prévu

Date de venue :

Type de Chimiothérapie :

Numéro de cure prévue :

Cure faite :

OUI

NON

Remarque particulière

Ce qui est prévu

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		

  

Date de venue :		
Type de Chimiothérapie :		
Numéro de cure prévue :		
Cure faite :	OUI	NON
Remarque particulière		
Ce qui est prévu		



## CONDUITE A TENIR DEVANT UNE APLASIE NON FEBRILE

- **Si PNN > 200 / mm<sup>3</sup>**

En l'absence de signe clinique, répéter la NFS tous les 2 jours jusqu'à PNN > 500 / mm<sup>3</sup>

Prise température x 2 / jours

- **Si PNN compris entre 100 et 200 / mm<sup>3</sup>**

Facteurs de croissance pendant 3 jours

NFS tous les 2 jours, jusqu'à PNN > 500 / mm<sup>3</sup>

Prise température x 2 / jours

*En cas de symptôme anormal => Hospitalisation*

- **Si PNN < 100 / mm<sup>3</sup>**

Hospitalisation

Facteurs de croissance jusqu'à PNN > 1000 / mm<sup>3</sup>

Prise température / 4 heures

Examen clinique complet y compris bouche, plis, périnée

Uroculture, coproculture, hémocultures

Radio de poumon

*Pas d'antibiothérapie en l'absence de fièvre ou d'infection avérée*

## CONDUITE A TENIR DEVANT UNE APLASIE FEBRILE

### 1. Hospitalisation obligatoire en chambre seule (avec mesures d'aseptie)

### 2. Evaluation à l'arrivée

- Examen clinique complet, y compris bouche, pharynx, périnée, peau
- Recherche de signe de choc
- Prélèvement bactériologiques : hémoculture en périphérie + sur voie centrale + sabouraud + ECBU + prélèvement buccal si mucite avec recherche de levure et d'herpès + coproculture si diarrhée
- Radio de poumon
- En cas de cathéter central = pas d'ablation sauf
  - Infection patente, embolies séptiques
  - Mauvais fonctionnement du cathéter
  - Si hémoc + à Bacillus, Candida ou Corynebacterium.

### 3. Traitement

Facteurs de croissance (**Granocyte** ou **Neupogen** jusqu'à PNN > 1000 / mm<sup>3</sup>)

Antibiothérapie :

- **Claforan** = 3g / 24 heures ou **Rocephine** = 1g / 24 heures
- **Netromycine** à adapter en fonction de la créatininémie

Risque élevé de P. Aeruginosa = **Piperacilline** ou **Tazocilline** + **Netromycine**

Risque élevé de Staphylocoque quel qu'il soit = **Vancomycine** + **Netromycine**

Bain de bouche = **Bicarbonate** + **Fungizone** systématique

Si dysphagie majeure = **Zovirax IV** = 10 mg / Kg dans 250 CC de sérum physiologique sur 2 heures toutes les 8 heures à adapter en fonction de la créatininémie ( ++ Assurer une diurèse de > 1.5 litre / jour)

Si diarrhée grade 3 – 4 = Régime pauvre en résidus + **Smecta** 6 / jour + **Imodium** si besoin (2 gélules + 1 gélule à chaque selle liquide)

Si syndrome hémorragique et plaquettes < 50 000 / mm<sup>3</sup> =>  
Transfusion pool plaquettaire

Si plaquettes < 10 000 / mm<sup>3</sup> => Transfusion pool plaquettaire

Si vomissements = Pas de corticoïde – **Primperan** = 1 à 2 amp x 3 / 24 heures

#### 4. Surveillance

Pouls – TA – T°c – toutes les 4 heures

Diurèse horaire

Poids / jour

Surveillance NFS + plaquettes, iono sang + urée + créat tous les jours

#### Dans les jours qui suivent l'admission

Evaluation du syndrome fébrile au 3<sup>ème</sup> jour

- Si T°c normale = poursuite du traitement

- Si persiste une hyperthermie

Si hémoc + => adapter ATB à l'antibiogramme

Si hémoc - => Refaire hémoc en périphérie et sur voie centrale et rajouter de la Vancomycine

- Si fièvre persistante au 5<sup>ème</sup> jour = Remplacer le Claforan par le Claventin (Ciflox si allergie)

- Si fièvre résistante au 7<sup>ème</sup> jour = Rajouter un antifongique (Ampho B si possible)
- Si diarrhée résistante à tout traitement et coprocultures - = Discuter indication de Sandostatine

## **Prise en charge des effets secondaires les plus fréquents au cours d'une chimiothérapie anticancéreuse.**

### **1- Prévention secondaire de la stomatite sous 5Fu – Ac Folinique**

Cryothérapie orale utilisant des glaçon à sucer 5 minutes avant l'administration du 5Fu et durant les 30 premières minutes (Mahood et al, 1991 ; Rocke et al, 1993 ; Cascinus et al, 1994)

### **2- Traitement de la diarrhée**

En présence d'une diarrhée de grade 1 ou 2 le patient devra recevoir des conseils de réhydratation et d'emploi des anti-diarrhéiques

En cas de diarrhée de grade 3 ou 4 le schéma suivant est recommandé :

Loperamide 2 mg per os après chaque selle liquide jusqu'à une dose maximum de 16 mg / 24 heures

Si la dose maximale est atteinte ou si plus de 24 heures se sont écoulées sans que le transit se soit normalisé, on recommande l'hospitalisation du patient pour réhydratation et traitement selon le schéma suivant jusqu'à normalisation du transit :

Octreotide 100 – 200 microg s.c. x 2 / jour pendant 3 jours

### **3- Traitement du syndrome main – pied**

Vitamine B6 100 à 150 mg / jour (Beveridge et al, 1990)

### **4- Toxicité cardiaque du traitement par 5Fu**

Arrêt du 5Fu

Peu d'efficacité des dérivés nitrés

## **5- Traitement des mucites sous chimiothérapie**

### **Prévention hygiène bucco-dentaire**

#### **Candidose buccale :**

Bains de bouches 4 à 6 fois / jour (+/- déglutition) : Solution [500 cc Bicarbonate 1.4% + 1 flacon Fungizone]

Si intolérance => remplacer par Trifulcan suspension buvable 1 cuill. Mesure 50 mg / jour

#### **Ulcération douloureuses :**

Antalgiques par voie générale

Xylocaïne visqueuse 2% / 3 heures

Cryothérapie orale par glaçon (eau +/- Morphine)

Bains de bouches en alternant Solutions [500 cc Bicarbonate 1.4% + 1 flacon Fungizone + 20 mg de Solumedrol] et [1 sachet d'Ulcar dilué dans un verre d'eau]

#### **Aphtes :**

Bains de bouches pendant 2 minutes sur 8 heures : diluer le contenu d'une gélule de 250 mg de Tetracycline Hexacycline dans un verre d'eau à chaque fois

#### **Surinfection virale (Herpès ...)**

Zovirax per os 5 cp à 800 mg / jour pendant 5 jours

Ou Zelitrex 2 cps x 3 / jour pendant 5 jours

#### **Xérostomie :**

Salive artificielle spray Artisial 6 à 8 fois / jour

Sialogogue Sulfarlem S25 1 cp x 3 / jour

## **Conseils chez les patients radiothérapés**

### **1- Radiothérapie oesophagienne et pancréato-biliaire :**

IPP à dose standart dès le début de la radiothérapie

### **2- Radiothérapie rectale**

Régime sans résidu

Ulcar non systématique car pas d'effet démontré

**Prise en charge d'une hypertension intra-crânienne associée à des vomissements ou des céphalées rebelles.**

**Faire en IV sur 3 heures = Bernard WEILL**

500 cc de Mannitol 10%

+ Synactène immédiat = 1 ampoule

+ Sulfate de Magnésium = 1 ampoule

Hydrocortisone = 100 mg en IVD x 2 / jour



## **Prévention toxicité ERBITUX\***

Eviction solaire, écran total, toilette avec pain dermatologique

Dès l'apparition de l'acné :

### **Eruption peu sévère et peu étendue :**

DEXERYL crème : 1 à 2 application après la toilette

Et/ou

CUTACNYL gel 10% : 1 application le soir

### **Eruption étendue et/ou symptomatique :**

DOXYCYCLINE : 1 cp le matin au milieu du repas

### **En cas d'inflammation**

ajouter :DIPROSONE crème : 1 application le soir

### **En cas de prurit :**

CLARYTINE : 1cp /jour le matin

## Prévention toxicité AVASTIN\*

### **Effet secondaire possible : HTA** **Classification du grade de l'HTA selon NCI-CTCAE et CAT pour le ttt anti-angiogénique**

Grades de l'HTA	Conduite à tenir
<p><b>Grade 1 :</b></p> <p>Asymptomatique, augmentation transitoire (&lt; 24h) de plus de 20 mm Hg (diastolique) ou à plus de 150/100 mm Hg si la pression artérielle était précédemment dans les limites de la normale</p>	<p>=&gt; <b>poursuite de l'anti-angiogénique</b></p> <p>=&gt; pas de traitement</p> <p>=&gt; mesure de PA (auto-mesure ou généraliste)</p>
<p><b>Grade 2 :</b></p> <p>Augmentation récidivante, persistante (&gt; 24 h) ou symptomatique de plus de 20 mm Hg (diastolique) ou à plus de 150/100 mm Hg si la pression artérielle était précédemment dans les limites de la normale.</p>	<p>=&gt; <b>poursuite de l'anti-angiogénique</b></p> <p>=&gt; traitement antihypertenseur (monothérapie)</p> <p>=&gt; mesure de PA (auto-mesure ou généraliste)</p>
<p><b>Grade 3 :</b></p> <p>Nécessité d'au moins deux antihypertenseurs ou d'une intensification du traitement en cours.</p>	<p>=&gt; <b>suspendre l'anti-angiogénique</b> jusqu'à PA équilibrée (PAS/D &lt; 150/100mmHg)</p> <p>=&gt; bithérapie puis si persiste avis cardiologique</p>
<p><b>Grade 4 :</b></p> <p>Mise en jeu du pronostic vital (par exemple crise hypertensive )</p>	<p>=&gt; <b>arrêt de l'anti-angiogénique</b></p> <p>=&gt; hospitalisation en cardiologie</p>

Les 3 autres effets secondaires rares possibles sont :

- apparition d'une protéinurie
- perforation gastro-intestinale.

*Toute douleur abdominale nécessite un examen clinique*

- hémorragie
  - cutanéomuqueuse sans gravité : épistaxis, gingivorragie, saignements vaginaux
  - tumorale ou hémoptysie massive : potentiellement grave : hospitalisation en URGENCE

## Programme Personnalisé de Soins

Remis le ..... par le Dr .....

J1 le .....	MOIS 1				MOIS 2				MOIS 3				MOIS 4				MOIS 5				MOIS 6			
	SEMAINES				SEMAINES				SEMAINES				SEMAINES				SEMAINES				SEMAINES			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
CHIRURGIE																								
RADIOTHERAPIE																								
CHIMIOOTHERAPIE																								
AUTRES																								

	MOIS 7				MOIS 8				MOIS 9				MOIS 10				MOIS 11				MOIS 12			
	SEMAINES				SEMAINES				SEMAINES				SEMAINES				SEMAINES				SEMAINES			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
CHIRURGIE																								
RADIOTHERAPIE																								
CHIMIOOTHERAPIE																								
AUTRES																								



Ceci est un plan général, NON définitif, destiné à illustrer votre traitement  
 Il pourra être modifié, interrompu, adapté en fonction de votre tolérance et de vos besoins.  
 Nous vous suggérons de bien apporter votre carnet à chaque convocation et de le présenter au médecin.