

Prise en charge de Mme M. 45 ans, assistante maternelle à Manosque, mariée, 2 enfants de 18 et 15 ans, hospitalisée le 15/06/11 en service d'Hématologie.

1 Courrier de sortie du 24/06/11

Prise en charge d'un lymphome malin non hodgkinien.

Antécédents : cancer de la thyroïde traité par chirurgie en 1990.

Observations :

Mme M est une patiente âgée de 41 ans adressée par l'Hôpital de Manosque pour la prise en charge d'un lymphome malin non hodgkinien.

L'histoire a débuté il y a quelques semaines de cela avec l'apparition d'une altération de l'état général associée à des signes généraux. La patiente a été hospitalisée à Manosque.

L'examen physique ayant révélé des adénopathies périphériques palpables. Une biopsie axillaire droite a été réalisée. Les résultats relus à l'IPC sont en faveur d'un lymphome T anaplasique ALK+.

Mme M est alors transférée à l'IPC pour suite de sa prise en charge.

A l'entrée, nous retrouvons une patiente dont l'état général est conservé, totalement apyrétique mais qui est sous corticothérapie déjà depuis plusieurs jours.

L'examen physique montre la présence d'adénopathies cervicales bilatérales et axillaires bilatérales supra centimétriques. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie.

Pendant son séjour, la patiente bénéficie tout d'abord d'un TEP Scanner d'évaluation qui confirme la présence d'adénopathies sus et sous diaphragmatiques. La biopsie ostéo-médullaire avait été effectuée sur l'Hôpital de Manosque et était totalement négative.

Le bilan biologique, par contre, retrouve 15 000 globules blancs, 11.9 g d'hémoglobine, 593 000 plaquettes. Le bilan biochimique est sans particularité, le taux de LDH est élevé à 272 UI/l. On note une CRP à 394.

Mme M présente donc un lymphome T anaplasique ALK+ de stade III avec LDH élevées, PS à 1-2.

Après la mise en place d'un port à cath, elle bénéficie d'une 1ère cure de chimiothérapie de type CHOP associant ENDOXAN 750 mg/m² J1 / DOXORUBICINE 50 mg/m² J1 / VINCRISTINE 2 mg dose totale / METHYLPREDNISOLONE 60 mg/m² de J1 à J5.

La tolérance à la chimiothérapie est relativement correcte en dehors de très importants nausées-vomissements.

Décision thérapeutique :

Mme M va pouvoir quitter le Service le 24/06/11.

Elle sort sous traitement anti-émétique à poursuivre. Elle sort également sous couvert de facteurs de croissance hématopoïétique (NEULASTA).

Mme M sera reconvoquée en Hôpital de Jour à J21 pour la réalisation d'une 2ème cure de CHOP. Dans l'intervalle, elle surveillera son bilan de façon hebdomadaire.

2 HÔPITAL DE JOUR du 25/08/2011

Diagnostic

Lymphome T anaplasique ALK+, stade 3, PS à 1-2, LDH élevées au diagnostic en juin 2011.

Projet thérapeutique : CHOP X 6 + intensification en 1ère réponse.

C1 délivrée le 23. 06.2011.

Comorbidités

Antécédent de carcinome thyroïdien traité chirurgicalement en 1990.

Observations

Bonne tolérance de la chimiothérapie.

A ce jour, 3 cures ont été délivrées avec une réponse métabolique complète au delà de la 2ème cure.

Pas d'anomalie aujourd'hui rapportée.

Bilan biologique normal avec 126 g d'Hb, 420 000 plaquettes, 4 600 leucocytes dont 3 000 neutro et 1 100 lympho.

Bilan hépatique normal. Fonction rénale normale. LDH normales.

Décision Thérapeutique

OK pour la C4 CHOP ce jour.

Rendez-vous avec la thérapie cellulaire déjà programmée pour collecte de CSP.

3 Courrier de consultation du 08/09/11

Motif de Consultation :

Patiente adressée à la consultation par le Dr B pour l'organisation d'une collecte de cellules souches du sang périphérique rentrant dans le cadre du traitement d'un lymphome T anaplasique.

Observations :

Cette entrevue permet d'expliquer à la patiente la place de l'intensification thérapeutique dans la prise en charge de sa maladie ainsi que le déroulement pratique d'un prélèvement de cellules avec utilisation de facteurs de croissance hématopoïétiques.

Cette patiente est actuellement traitée par 6 cures de R-CHOP dont le 5ème cycle va débiter le 16 septembre.

Décision Thérapeutique :

On propose un début de stimulation par du RATIOGRASTIM 48 à la dose de 2 flacons / jour le samedi 25 septembre et un 1er rendez-vous est fixé en cytophèrese le mercredi 29 septembre à 8h30.

Les ordonnances pour le facteur de croissance et pour l'infirmière libérale sont rédigées et remises à la patiente.

4 HÔPITAL DE JOUR du 06/10/2011

Motif d'hospitalisation

6ème et dernière cure de CHOP chez une patiente porteuse d'un lymphome T anaplasique en première rémission métabolique.

Observation

Mme M va plutôt bien, elle n'a pratiquement aucun effet secondaire de la chimiothérapie en dehors d'une prise de poids associée probablement aux corticoïdes.

Le bilan actuel montre le 04/10/2011 : 3 500 blancs, 13.4 g d'hémoglobine, 1 800 polynucléaires neutrophiles, 146 000 plaquettes.

Le bilan hépatorénal est normal en dehors des LDH à 240 reflétant peut être l'administration du C-CSF la semaine dernière, nécessaire aux cytophèreses.

La patiente a été correctement collectée au plan des CD34.

Décision thérapeutique

Prescription de la 6ème cure.

Planification du bilan pré-greffe avec échographie cardiaque, exploration fonctionnelle respiratoire, nouveau Tep.

Consultation pré-autogreffe la semaine du 1er novembre.

Admission à priori le 08/11/2011.

5 Consultation pré-autogreffe du 04/11/11

Motif de Consultation :

Bilan pré greffe.

Observations :

Etat général correct avec excellente récupération après 6 cures de chimiothérapie.

Bilan biologique montrant 4 800 GB dont 3 200 PNN, plaquettes à 492 000 et Hb à 13.7 g/dl.

Coagulation RAS.

LDH à 195 pour une normale inférieure à 190.

GOT à 22, GPT à 18, PAL à 60, Gamma GT à 13, créatinine à 58 $\mu\text{mol/l}$, acide urique à 202 $\mu\text{mol/l}$, ionogramme correct.

EFR de référence normale, hormis une diminution de volume de réserve expiratoire. Altération de la diffusion alvéolo-capillaire minime avec Kco à 70 %.

On rappelle, que la patiente fume environ un paquet / jour.

L'échographie cardiaque est normale avec FEV supérieure à 70 %.

Le TEP SCAN sera pratiqué demain.

Décision Thérapeutique :

Décision thérapeutique définitive en fonction du TEP SCAN.

L'hospitalisation en hématologie pour autogreffe est programmée pour le 08/11/2011.

Absence de contre indication au niveau hématologique, cardiaque et pulmonaire.

6 TEP-TDM DU 04/11/2011

INDICATION : LNH T traité par 6 cures de CHOP, dernière cure en octobre 2011.

Evaluation avant autogreffe.

- Examen réalisé par comparaison avec celui du 21/06/2011 et le 02/08/2011.
- Glycémie =6.2mmol/L, examen réalisé 1h post IV.

Etage sus diaphragmatique :

- Disparition complète des fixations ganglionnaires au niveau cervical, sus clavier et médiastinal.
- Absence d'hyperfixation ganglionnaire observée au niveau cervical, sus claviculaire, axillaire ou médiastinal.
- Absence d'anomalie de fixation pleuroparenchymateuse.
- Absence d'anomalie de fixation des glandes mammaires.

Etage sous diaphragmatique :

- Disparition des masses ganglionnaires péri-aortocaves à la hauteur des vaisseaux rénaux.
- Absence d'anomalie de fixation au niveau du foie, de la rate, des reins, des surrénales et du pancréas.
- Absence d'hyperfixation ganglionnaire lombo-aortique, coeliomésentérique ainsi que le long des axes ilio pelviens.

Sur le plan osseux :

- Absence d'anomalie de fixation de la base du crâne jusqu'au tiers supérieur des fémurs.

Conclusion :

Normalisation de l'examen TEP FDG en fin de chimiothérapie.

QUESTIONS :

- *Qu'est-ce qu' lymphome T anaplasique ALK+ de stade III avec LDH élevées, PS à 1-2.?*

- *Quel est l'intérêt de faire un TEP scanner et une biopsie ostéo-médullaire ?*
- *Quel autre examen aurait pu être fait ?*
- *Quel est l'intérêt de la greffe de moelle osseuse dans le traitement de Mme M. ?*
- *La chimiothérapie provoque entre autres les effets secondaires suivants :*
 - *toxicité hématologique*
 - *alopécie*
 - *toxicité rénale*
 - *toxicité neurologique*
 - *fibrose pulmonaire*

Pour chacun de ces effets secondaires, citez les surveillances et les actions infirmières sur rôle propre avec les diagnostics infirmiers correspondant et rôle prescrit (présentez votre réponse sous forme de tableau).

- *Quelles sont les vérifications à faire sur la prescription de chimiothérapie ?*
- *Proposez une planification de la chimiothérapie faite à la première hospitalisation : elle a débuté à 10 h du matin. Les médicaments de la chimiothérapie seront injectés les uns après les autres dans l'ordre prescrit. Le calcul de dose devra apparaître.*
- *Ne vous manque-t-il pas des données ?*

7 Courrier d'entrée en hospitalisation le 09/11/11

Diagnostic :

Lymphome T anaplasique ALK+, stade III (adénopathies supra et infra diaphragmatiques, BOM non envahie), LDH élevées à 272 UI/l, PS à 1 au diagnostic, IPI à 2 traité par 6 cures de CHOP avec obtention d'une réponse complète.

Antécédents :

- thyroïdectomie pour thyroïdite supplémentée par LEVOTHYROX et CYNOMEL,
- cholécystectomie,
- appendicectomie.

Motif d'Hospitalisation :

Intensification thérapeutique par BEAM et autogreffe de CSP en 1ère ligne thérapeutique.

Observations :

Poids à l'entrée : 86 kg pour 1 m 60.

PS à 0.

Auscultation cardio-pulmonaire normale, examen des aires ganglionnaires libres. Patiente anxieuse. Tabagisme actif.

Sur le plan biologique : leucocytes à 4.8 giga/l, Hb à 13.7 g/dl, plaquettes à 492 giga/l, ionogramme normal, glycémie à jeun élevée à 1.6 g/l, bilan hépatique normal.

Début du conditionnement par CARMUSTINE / ETOPOSIDE / ARACYTINE / MELPHALAN le 10/11/11.

Bilan pré thérapeutique :

- EFR normales hormis une diminution de réserve expiratoire,
- KCO à 70 %,
- échographie cardiaque : fraction d'éjection à 70 %,
- TEP scanner : aspect de réponse complète.

QUESTIONS :

- *A quoi servent les examens complémentaires, EFR et écho coeur ?*
- *Qu'est ce que la cytaphérèse ?*
- *Comment peut-on collecter des cellules souches ?*

8 Hospitalisation

● 09/11/11 : Elle est perfusée sur la chambre implantable avec 3 litres par jour de Bionolytes G5%. Le protocole de chimiothérapie est le suivant :

Carmustine® (antimitotique) : 300mg/m² dans 250ml de G5% en 1h le 10/11/11, flacon de lyophilisat de 100 mg + 1 ampoule de solvant de 3ml.

Cytarabine® (antimitotique) : 100mg/m² dans 250ml de NaCl0,9% en 1h, à 6h et 18h les 11, 12, 13, 14/11/11, flacon de lyophilisat de 500 mg.

Etoposide® (antimitotique) : 100mg/m² dans 250ml de G5% en 1h, à 5h et 17h les 11, 12, 13, 14/11/11, solution injectable de 100mg/5ml.

Melphalan® (antimitotique) : 140mg/m² dans 500ml de NaCl0,9% en 1h, le 15/11/11, flacon de lyophilisat de 50 mg.

Odansétron® (antiémétique) : 2 ampoules par jour, 6 jours à partir du 10/11/11

Plitican® (antiémétique) : 2 ampoules, 6 fois par jour à partir du 10/11/11

Zyloric® 300mg (inhibiteur de uricosynthèse) : 1cp par jour

Mopral® 20 mg (anti-ulcéreux) : 1cp par jour

Bain de bouche : Bicarbonate de sodium 1,4%® et Fungizone® (antifongique), 3 fois par jour.

Le conditionnement se déroule sans problème majeur, Mme M. est un peu inquiète au sujet de la greffe et de la période d'aplasie. Elle vous pose beaucoup de question sur sa nourriture, ses visites. Elle s'inquiète de la douleur de mucite dont on lui a parlé, de la fièvre et des frissons. Elle redoute aussi de rester aussi longtemps dans sa chambre sans pouvoir en sortir.

● 16/11/11 : La greffe de cellules souches est prévue pour 14h. La poche arrive du laboratoire de thérapie cellulaire à l'heure dite et est transfusée sans aucun problème à Mme M qui reçoit 3,2 millions de CD34+ décongelés.

Après la transfusion, Mme M. est déperfusée, on ne laisse que le gripper pour effectuer les bilans sanguins, un jour sur deux.

● 17/11/11 : Mme M. présente au bilan sanguin 200 GB, sans signe infectieux.

● 19/11/11 à 7h : Mme M. présente une température à 38°9C avec des frissons. Une série d'hémoculture est réalisées et la prescription d'antibiotique est débutée : Claventin® 5gr, 3 fois par jour et Amiklin® 1300mg, 1fois par jour. L'hydratation est de 2l par jour de bionolyte G5%. Le bilan sanguin du jour montre : GB < 100, Hémoglobine 6,1g/dl et 25000 plaquettes et une créatinémie à 52mmol/l. Il est prescrit également 2 CGR et 1 CPA aujourd'hui et 2CGR demain.

Mme M. est très inquiète pour la transfusion car ce sera la première fois, elle pose beaucoup de questions sur les risques et les erreurs possibles.

Dans l'après midi, Mme M. a de plus en plus de mal à avaler et vous demande quelque chose pour la calmer. La prescription de morphine 20mg/j au pousse seringue est débutée. De plus il est recommandé à Mme M. de faire régulièrement des bains de bouche.

Jusqu'à présent, Mme M. réalisait seule ses soins d'hygiène mais cela lui est de plus en plus difficile. Cependant, il lui est pénible de vous demander de l'aide.

- 21/11/11 : Malgré les antibiotiques, la fièvre persiste, une prescription d'amphotéricine® 50mg/j vient en complément pour tacher de la combattre. La douleur de mucite s'est amplifiée, Mme M. ne peut plus rien avaler à part un peu de coca-cola. Le bilan de ce matin montre des GB<100, une hémoglobine à 8,4g/dl et des plaquettes à 50000. La prescription de morphine passe à 30 mg/j puis à 50 mg/j et une nutrition parentérale est mise en place à raison d'un Clinomel N7 1000ml/j à compter de jeudi 4 octobre 2007 à 11h.

- 26/11/11 : Mme M. est apyrétique depuis 48h et son bilan sanguin montre que le nombre de ses leucocytes est en train de remonter (700 ce matin). Elle retrouve un peu de courage. La douleur diminue et avec elle la prescription de morphine, plus que 20 mg/j. Mme M. recommence à manger un peu de soupe, du yaourt et de la compote.

- 28/11/11: Arrêt de la nutrition parentérale, le l'amphotéricine B. Le bilan du jour montre : 1200 GB, 9 d'hémoglobine et 70000 plaquettes.

- 29/11/11 : Le bilan sanguin montre que Mme M. peut sortir du service, 1700 GB dont 646 neutrophiles, 9,2 d'hémoglobine et 72000 plaquettes.

Sa famille est venue la chercher, elle sort avec des conseils de la part des IDE, une ordonnance, un bilan sanguin à réaliser toutes les semaines jusqu'à la consultation qui aura lieu le 04/01/11 avec le médecin.

QUESTIONS :

- *Donnez 2 explications au syndrome infectieux de Mme M ?*
- *A quoi servent les hémocultures, combien et comment les fait on ?*
- *Quel est le risque qu'encourt Mme M. ?*
- *Pourquoi fait-on des bilans sanguins réguliers après la greffe ?*
- *Remplissez ce tableau :*

	Vrai	Faux
L'anticorps existe toujours en l'absence de l'antigène correspondant		
Etre du groupe A correspond à la présence d'anticorps anti-A à la surface des globules rouges		
Le groupe O ne possède ni l'antigène A ni l'antigène B		
Il est possible de transfuser un antigène que le sujet receveur ne possède pas		
Les réactifs déshydratés de la carte de contrôle ultime pré-transfusionnel correspondent à des anticorps		
Lors du contrôle pré-transfusionnel, il ne faut jamais qu'il y ait agglutination du donneur en face de la non agglutination du receveur		

- *Répondez aux questions suivantes :*

Où et par qui est effectué le contrôle pré-transfusionnel ?

Avec quoi réhydrate-t-on les réactifs desséchés de la carte de contrôle pré-transfusionnel

Que signifie transfusion isogroupe

Quel est le but de la surveillance lors d'une transfusion ?

- *A quoi servent les bains de bouche ?*
- *Calcul de doses du produit de protocole ?*
- *A quelle classe appartiennent les antibiotiques ?*
- *Pourquoi des antifongiques ?*
- *Quels germes auraient pu également infecter Mme M. ?*
- *A quoi est due la douleur ?*
- *Quelles sont les mesures pratiques qu'une infirmière peut prendre dans le cadre de son rôle propre ?*
- *A quels articles du décret correspondent tous ces actes ?*
- *A quoi sert de connaître le nombre des neutrophiles ?*
- *Quelle est la durée approximative du traitement et les conséquences ?*
- *Vous êtes l'infirmière qui prenait en charge Mme M. le 19/11/11 à 14h, quels sont les problèmes médicaux et les diagnostics infirmiers ?*