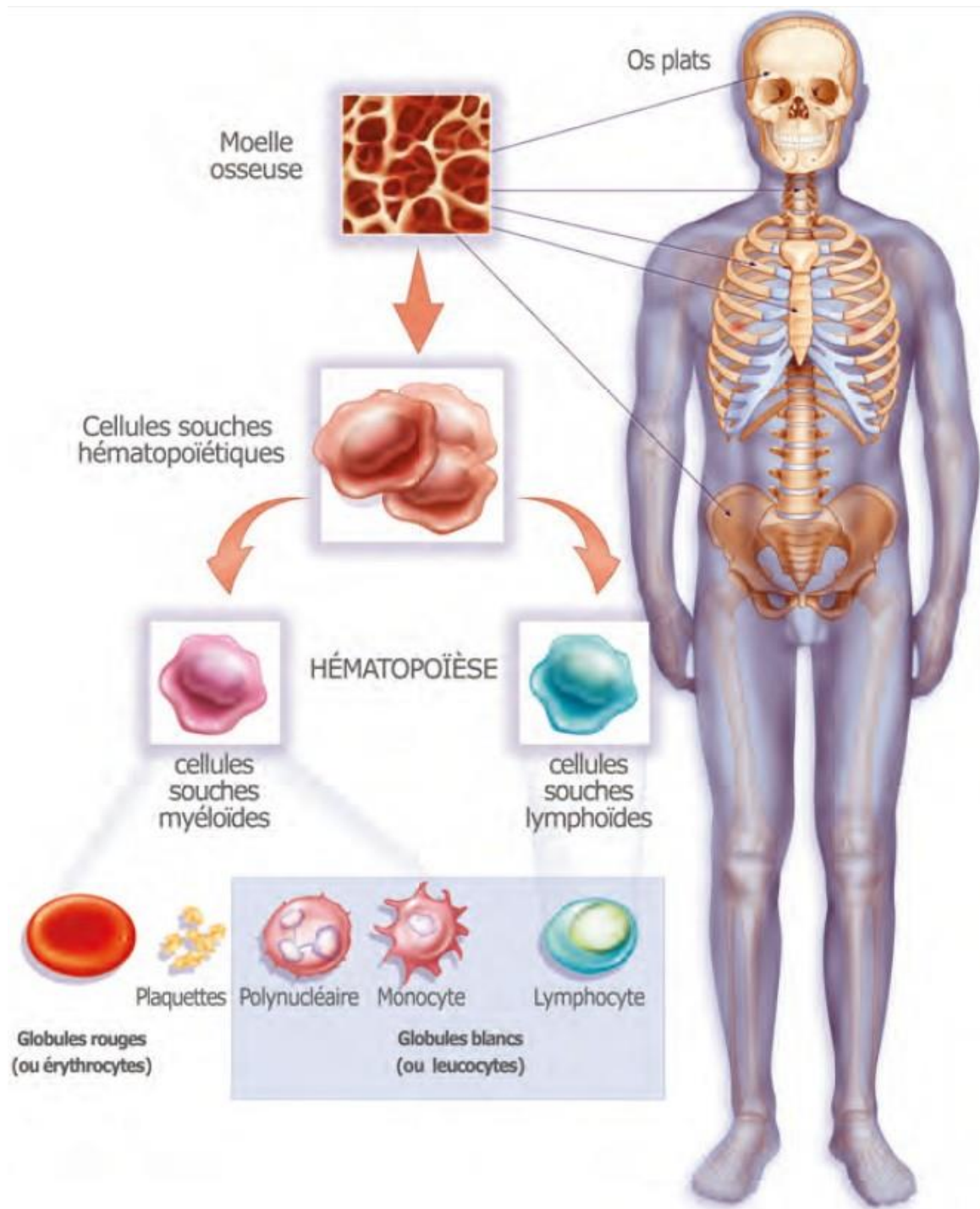




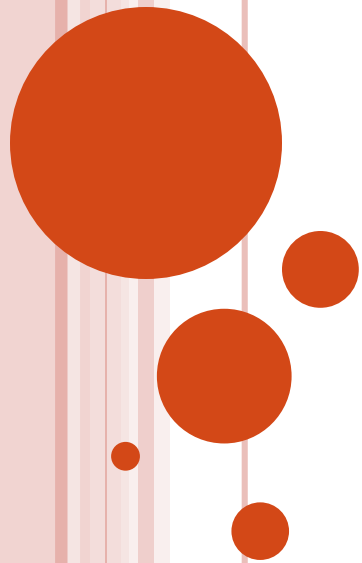
**PRISES EN CHARGE  
HÉMATOLOGIQUES  
PÉDIATRIQUES  
À DOMICILE**

**HAD IHOPe**

**Marie Cervos  
Véronique Veyet  
Anna Marcault-Derouard**



# PATHOLOGIES HÉMATOLOGIQUES EN PÉDIATRIE

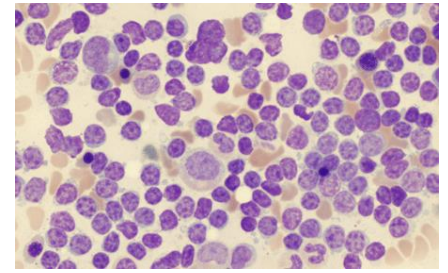


# GÉNÉRALITÉS SUR LES LEUCÉMIES

- Les leucémies avec 8880 cas représentent presque 1/4 (23%) des nouveaux cas d'hémopathies malignes.
- Chez les enfants (< 15 ans), les leucémies aiguës représentent 29% des cancers. Dans 80% des cas ce sont des leucémies aiguës lymphoblastiques (LAL). Le pic d'incidence se situe entre 2 et 10 ans.
- Chez les < 15 ans : la survie à 5 ans est de 90% pour les LAL et de 60% pour les LAM.



# LEUCÉMIES DE L'ENFANT



- Multiplication de cellules jeunes devenues anormales, cancéreuses, qui n'ont plus les qualités et les fonctions des différentes cellules du sang et peuvent envahir différents organes tels que les ganglions, le foie, la rate et parfois les méninges.
- **Leucémie aiguë lymphoblastique : LAL +++**
- **Leucémie aiguë myéloblastique : LAM, plus rare**
- Les symptômes : infections à répétition, hématomes, apparition de ganglions, asthénie, pâleur et douleurs osseuses.
- Traitements : la chimiothérapie, la greffe de cellules souches hématopoïétiques.



# LEUCÉMIES DE L'ENFANT

- Pathologies cancéreuses qui se caractérisent par une multiplication anormale des cellules immatures issues de la moelle osseuse hématopoïétique.
- Ces cellules jeunes devenues anormales, cancéreuses, n'ont plus les qualités et les fonctions des différentes cellules du sang et peuvent envahir différents organes tels que les ganglions, le foie, la rate et parfois les méninges.
  
- Il existe deux types de leucémies aiguës :
- **Leucémie aiguë lymphoblastique** : LAL, la plus fréquente de l'enfant
- **Leucémie aiguë myéloblastique** : LAM, beaucoup plus rare
  
- Les symptômes : infections à répétition, hématomes, apparition de ganglions, asthénie, pâleur et douleurs osseuses.
  
- Traitements :
- La chimiothérapie : médicaments utilisés pour lutter contre la prolifération des cellules blastiques.
- La greffe de cellules souches hématopoïétiques : injection en IV du greffon, c'est-à-dire de souches issues de la moelle osseuse hématopoïétiques, du sang ou issues d'un cordon ombilical et HLA compatibles avec le donneur, chez le receveur (le patient) après qu'il ait subi un conditionnement (une chimiothérapie lourde +/- une radiothérapie).
- Ce greffon va coloniser la moelle du receveur.
- La nouvelle moelle va ensuite produire toutes les cellules normales du sang : globules rouges, globules blancs et plaquettes.



# LYMPHOMES

- Le **lymphome de Burkitt** : lymphome malin dû à une prolifération des cellules souches lymphoïdes B (adolescents).
- **Maladie de Hodgkin** : prolifération maligne de cellules lymphoïdes. Initialement localisée à un territoire ganglionnaire, l'affection s'étend de proche en proche par voie lymphatique aux ganglions d'autres territoires.
- Le **lymphome non Hodgkinien** : hémopathie maligne caractérisée par une prolifération de cellules lymphoïdes en un point de l'organisme qu'elles envahissent.
- Pour tous les lymphomes, les traitements reposent essentiellement sur la chimiothérapie et parfois sur la radiothérapie.



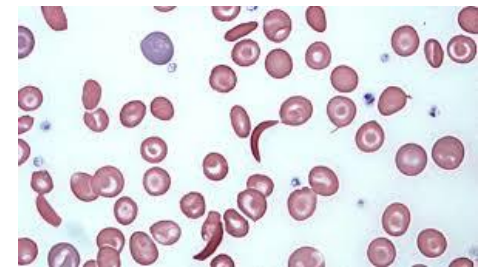
# APLASIE MÉDULLAIRE

- Atteinte des trois lignées sanguines avec raréfaction ou disparition du tissu myéloïde par atteinte de la cellule souche.
- Atteinte de la **lignée érythrocytaire** (globules rouge) est responsable d'une anémie.
- Atteinte de la **lignée granulocytaire** (globules blancs) entraîne une leucopénie qui peut favoriser les infections.
- Atteinte de la **lignée plaquettaire** entraîne une thrombopénie qui peut se traduire par des hémorragies.

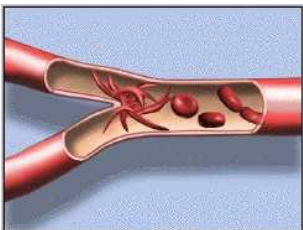




# DRÉPANOCYTOSE



- Maladie due à une anomalie constitutionnelle de l'**hémoglobine**. Cette maladie est **héréditaire**.
- Cette maladie se caractérise par
  - Une hémolyse chronique
  - Une hyperviscosité sanguine avec obstructions vasculaires responsables de crises douloureuses et d'accidents vasculaires cérébraux
  - Des infections graves (asplénie fonctionnelle)



# QU'EST-IL POSSIBLE DE FAIRE À DOMICILE ?

- Chimiothérapies (Aracytine)
- Antibiothérapies et autres traitements IV
- Pansements complexes
- Nutrition entérale et parentérale
- Surveillance (post-chimiothérapie, post allogreffe, aplasie...)
- Education du patient et de son entourage
- Prise en charge de la douleur
- Soins palliatifs



## INTRODUCTION

En hématologie-oncologie pédiatrique, de nombreuses chimiothérapies (CT) sont réalisées en milieu hospitalier. Notre équipe d'HAD permet la mise en place de certaines CT à domicile. Après 10 ans de fonctionnement, nous décrivons les différentes étapes de cette mise en place.

### Critères pour mettre en place une CT IV à domicile :

- VVC en place
- Risque minime d'effets secondaires immédiats
- Infusion de moins de 1h, ou perfusion continue sur 4h (limiter les passages infirmiers)
- Absence d'hydratation concomitante
- Stabilité du produit
- Si critères présents : délégation de l'administration de la CT à une équipe libérale (médecin traitant + IDE)

### CT IV éligibles à une mise en place à domicile

- Aracytine
- Velbé
- Topotecan
- Irinotecan
- 5 Fluorouracile
- Navelbine
- Vincristine
- Méthotrexate (30mg/m2)



## RESULTATS

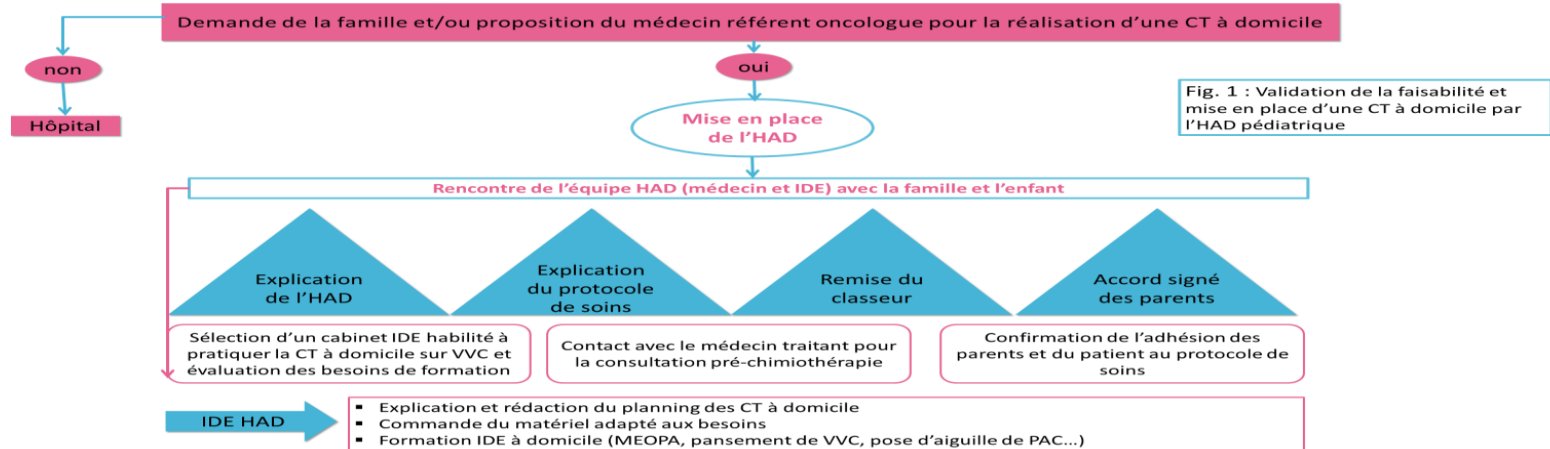


Fig. 1 : Validation de la faisabilité et mise en place d'une CT à domicile par l'HAD pédiatrique

Fig. 2 : Prise en charge en alternative à l'hospitalisation de jour, CT entièrement réalisée à domicile

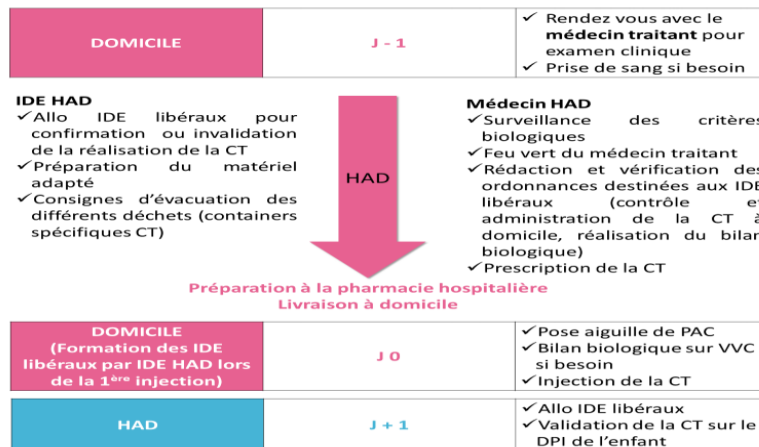
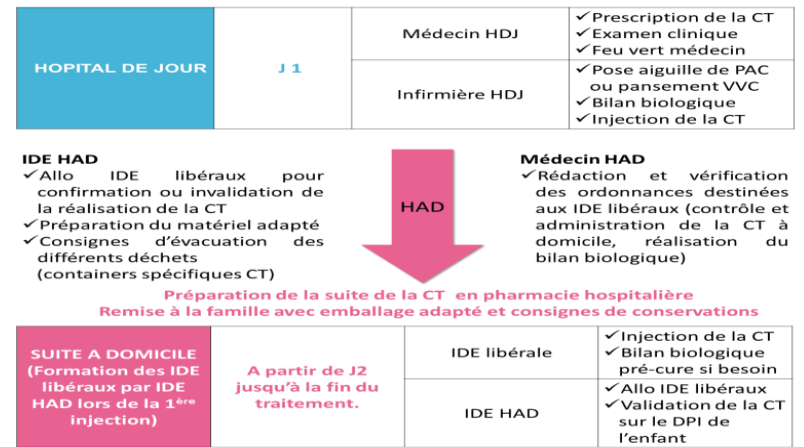


Fig. 3 : Prise en charge en suite d'une hospitalisation de jour, J1 de CT réalisé à l'hôpital, suite de CT à domicile



## CONCLUSION

Ce type de fonctionnement permet de mettre en place une CT à domicile pour un nombre de plus en plus important de patients. Il permet de limiter le nombre d'hospitalisations pour des enfants habitant souvent à grande distance de l'IHOPE et dont les traitements nécessitent malgré cette prise en charge de nombreuses hospitalisations.

# TECHNIQUES DE SOINS UTILISÉES À DOMICILE

## ○ Prélèvements sur VVC

- Bouchons anti reflux : ne pas changer, ne pas piquer, visser la seringue luer lock ou le vacutainer. Asepsie du bouchon à la bétadine dermique ou alcoolique.
- Port de masque et surblouse dès manipulation au plus près du point de ponction de la VVC.

## Les prélèvements sanguins à domicile

- pour prévoir les besoins transfusionnels,
- les cures de chimiothérapie,
- limite le nombre et le temps d'hospitalisation.

## ○ Pansement de VVC

- Chimiothérapie ( type cytarabine) en IVDL sur VVC. Les chimiothérapies à domicile sont toujours réalisées dans le cadre de l'HAD



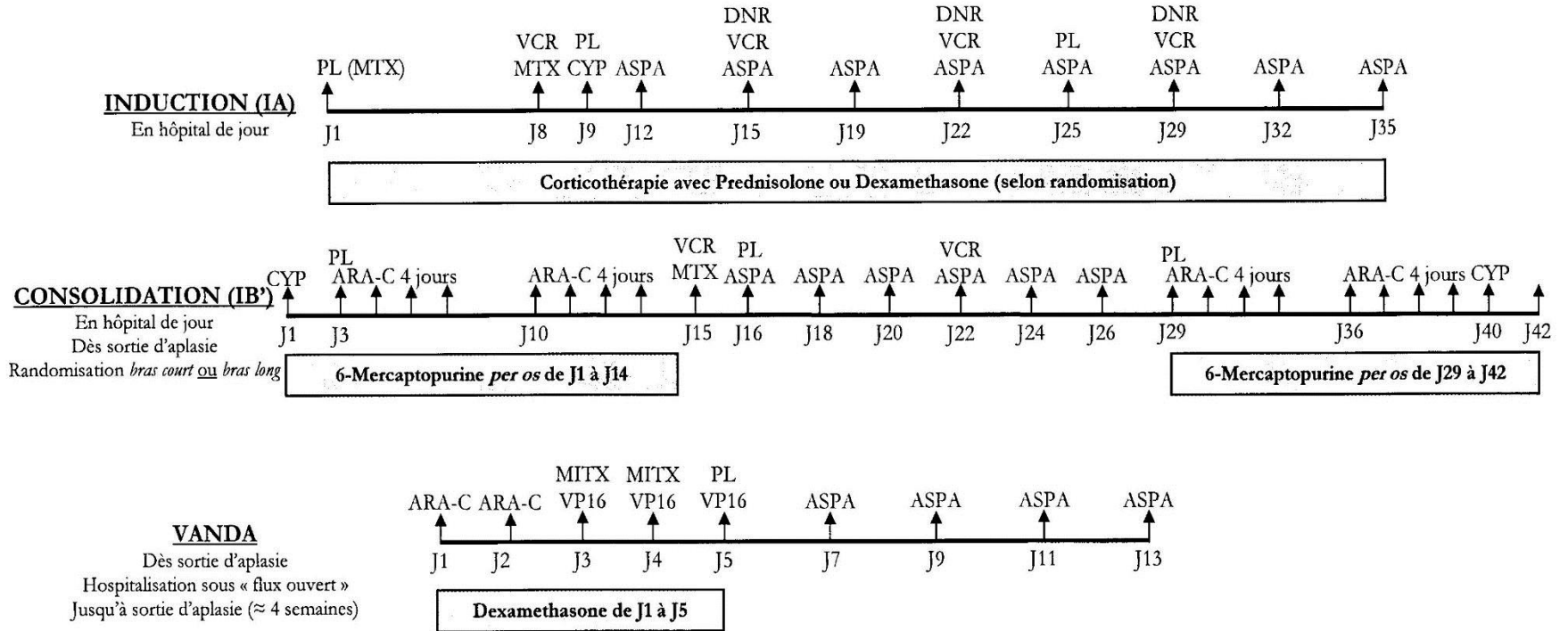
# LAL VHR Pilote

## Critères d'inclusion :

Corticorésistance (blastes >5% en périphérie à J8)  
 Anomalie chromosomique péjorative (sauf translocation 9-22 ou « Philadelphia »)  
 Phénotype indifférencié  
 Absence de rémission complète à J35 de l'induction  
 Maladie résiduelle >10<sup>-2</sup> à J35 de l'induction

Page 1/2

NB : Les PL comportent trois produits  
 (ARA-C, MTX, HSHC)



→ { Greffe si rémission complète  
 ou  
 Poursuite du traitement si pas de donneur ou corticorésistance isolée

## Abréviations

ADR : Adriamycine ou Doxorubicine (ADRIBLASTINE™)  
 ARA-C : Cytarabine (ARACYTINE™)  
 ASPA : L-asparaginase (KIDROLASE™)  
 CYP : Cyclophosphamide (ENDOXAN™)  
 DNR : Daunorubicine (CERUBIDINE™)  
 HSHC : Hémissucinate d'hydrocortisone  
 MITX : Mitoxantrone (NOVANTRONE™)  
 MTX : Méthotrexate (LEDERTREXATE™)  
 PL : Ponction lombaire  
 VCR : Vincristine (ONCOVIN™)

# CONSIGNES GÉNÉRALES DONNÉES AU PATIENT ET À SA FAMILLE POUR LE DOMICILE

- Hygiène
- Règles de vie
  - scolarité
  - sorties
- Alimentation
- Documentation



# ENJEUX DE LA COORDINATION

- Hôpital < - > HAD
  - Lien de confiance entre équipe référente et HAD / libéraux
  - Utilité d'informer de l'évolution
- HAD < - > Libéraux
  - Information claire et loyale sur la situation
  - Réunion de mise en place
  - Bonne communication nécessaire +++
- HAD < - > Famille
  - Rencontre dans le service de référence
  - Etablir un lien de confiance
  - Rencontre à domicile en contexte palliatif +++

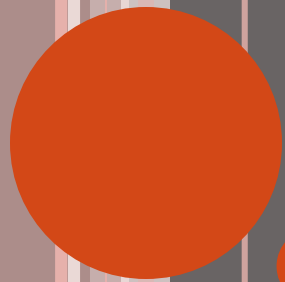


# CURATIF / PALLIATIF

- Etat d'esprit différent
- **En curatif** : si évènement intercurrent → hospitalisation dans le service de référent
- **En palliatif** : nécessiter d'adaptation
  - Dialogue triangulaire (soignants, parents, enfant)
  - Anticipation +++
    - Prescriptions
    - Transfert ou non en réanimation
    - Lettre au SAMU
  - Lien avec les différents acteurs pour former « un réseau » autour de la famille
  - Viser une prise en charge « globale » (médico-psycho-socio-spirituelle)
  - Nécessité de disponibilité et de réactivité +++
  - Spécificités des prises en charge hématologique







MERCI DE VOTRE ATTENTION