



Parcours d'un patient en hématologie

Généralités	
Lymphome	<p>Immature : lymphoblastique B ou T Mature : Lymphome non hodgkinien ou hodgkinien Lymphocyte B :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agressif : LBDGC, lymphome à cellules du manteau, lymphome de Burkitt - Indolent : lymphome folliculaire, lymphome lymphocytaire, lymphome de la zone marginale <p>Lymphome : tumeur du système lymphatique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expositions : pesticides, insecticides, dioxines, essence de bois, teinture... - Parfois sur un contexte immunitaire : virus, immunosuppression, maladie auto-immune, infection à Helicobacter pylori
Myélome	<p>Prolifération maligne des plasmocytes avec deux localisations possibles : moelle osseuse et os. Symptômes en lien avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La production par les cellules malignes d'une immunoglobuline monoclonale - Une activation par les cellules malignes des ostéoclastes, à l'origine d'une destruction osseuse - L'envahissement progressif de la moelle osseuse par les cellules malignes, à l'origine de cytopénies <p>Découverte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perturbations biologiques : lymphocytose, cellules atypiques circulantes et augmentation des LDH et beta-2-microglobuline - Amaigrissement, fièvre, sueurs nocturnes
Parcours du patient	
Exemple complet	<p>Contexte de prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecin traitant : prurit, ganglion, douleur, fièvre inexpliquée, fatigue, sueurs nocturnes, compressions... - Examen de routine, don du sang : anomalie biologique <p>Généralement, passage en consultation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation, mutation <p>Consultation hémato :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDV dans les 15 jours avec un temps IDE et un temps médical <p>Traitements - Hospitalisation traditionnelle, de jour ou semaine</p>
Plan cancer	<p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information du patient sur sa maladie, dialogue autour de l'annonce - Stratégie thérapeutique choisie en RCP, proposition d'un projet de soins personnalisé - Explication du déroulé des traitements dans le temps - Information sur les facteurs de risques - Accès au dossier médical, délai de réflexion. Traçabilité et projet de cotation
Consultation d'annonce	<p>Médecin : annonce du diagnostic avec le patient et la famille IDE : infirmière référente souvent en binôme avec le médecin. Réexplications si besoin, écoute active... ASD : logistique et administration, confort et transport des patients... Secrétaire : accueil téléphonique, indication géographiques et administratives, prise de rdv...</p>
Première consultation	<p>Accueil Visite médicale : examen clinique, hypothèse sur le diagnostic, prescriptions d'examens complémentaires si besoin IDE : accueil, bilan sanguin, écoute et échange +++ Bilan complémentaire : biopsie ganglionnaire, myélogramme et biopsie ostéomédullaire, radio, scanner thoracique/abdo/pelvien/cérébral, PET scan, écho cardiaque, EFR, ponction lombaire</p>
Deuxième consultation	<p>Résultats des bilans, annonce du diagnostic, présentation du projet thérapeutique IDE : reçoit patient et famille</p>





Infirmier

Rôles	<p>Soutenir et informer : échanges, réexplications de la maladie/des traitements/des effets indésirables, demande de prise en charge ALD...</p> <p>Support écrit : classeur patient personnalisé</p> <p>Inclusion dans un essai clinique : explications protocole, consentement éclairé, ARC...</p> <p>Dossier infirmier : PM, relèves, traçabilité</p> <p>Envoi du compte rendu au patient et au médecin traitant</p> <p>Abords veineux (PAC, Picline, Groshong)</p>
-------	---

Aspects psycho oncologiques

<p>Annnonce d'une mauvaise nouvelle : répercussions pour le patient</p>	<p>Situation unique à chaque fois</p> <p>Choc important, traumatisme, bouleversement : patient et entourage</p> <p>État de sidération : empêche la compréhension et la mémorisation de l'annonce par le patient</p> <p>Émotions intenses : peur, colère, tristesse...</p> <p>Idee de mort : première annonce et annonce de rechute</p> <p>Répercussions psychologiques (anxiété, dépression), familiales, professionnelles, économiques, sociologiques, physiques (modifications corporelles)...</p> <p>Diminution de l'autonomie, dépendance à la maladie et aux traitements</p> <p>Modifications des repères dans le temps et l'espace</p>
---	--

Traitements

Schéma type	<p>Induction par chimiothérapie itérative de 1 à 5 jours</p> <p>Aplasia à domicile, hospitalisation du patient si fébrile</p> <p>Consolidation classique en HDJ</p> <p>Surveillance en consultation (examen clinique, imagerie, bilan sanguin)</p>
-------------	--

Autogreffe	<p>Réinjection de cellules souches périphériques autologues, pour permettre la réalisation de chimiothérapies intensives, qui impliquerait une aplasia prolongée et risquée en l'absence de greffe</p> <p>Proposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour le lymphome si haut risque de rechute ou lorsque des signes de la maladie persistent - Pour le myélome en première ligne pour les patients de moins de 65 ans 	
	Avant l'autogreffe	<p>Indication posée lors d'une RCP</p> <p>Bilan pré greffe : consultation ORL/stomatologique/proctologique, EFR, échographie cardiaque, pose de VVC (Picline)</p>
	Déroulement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Traitement de réduction tumorale 2. Injections de facteurs de croissance 3. Prélèvement des cellules souche hématopoïétiques (CSH) par cytophérèse 4. Congélation des CSH et conditionnement 5. Hospitalisation et période d'aplasie 6. Greffe 7. Fin de période d'aplasie et RAD
	Méthode	<p>Collecte de cellules souches périphériques (CSP) par cytophérèse :</p> <p>2 procédés de stimulation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimulation avec des facteurs de croissance en sortie d'aplasie - Stimulation à l'état basal <p>Recueil des CSP sur VVP, VVC ou Shaldon</p> <p>Consignes lors des cytophérése : alimentation, protection capital veineux et surveillance température</p> <p>Méthode de la cytophérèse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prélèvement de sang par le premier bras - Tri des cellules dans la centrifugeuse - Récupération des cellules souches dans une poche - Retour du plasma, des globules rouges, des plaquettes et de la plupart des globules blancs par l'autre bras
	Aplasia	<p>Risque infectieux +++, température, mucite, nausées, diarrhées, alopecie, anémie, thrombopénie...</p>





		<p>Sortie d'aplasie :</p> <ul style="list-style-type: none">- GB > 1000/mm³ ; PN > 500/mm³- Arrêt des antibiotiques selon infection
	Mesures de protection	<p>Risque infectieux majeur lié à l'aplasie → règles d'hygiène stricte concernant le patient, les soignants, l'entourage et l'environnement</p> <p>Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none">- Chambre avec sas de décompression (air filtré, pression positive) <p>Le patient peut sortir de sa chambre jusqu'au jour de la réinjection, puis isolement, jusqu'à la sortie d'aplasie :</p> <ul style="list-style-type: none">- Linge propre, brosse à dent neuve, savon liquide neuf, pantoufles neuves, rasoir électrique- Visites : 2 personnes en même temps maximum. Friction au SHA- Ménage quotidien, pas de fleur/plante <p>Nourriture extérieure interdite sauf biscuits secs et boissons en petites quantité</p>
Réponse thérapeutique	<p>Post autogreffe : consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie</p> <p>4 à 8 semaines post traitement : bilan d'évaluation permettant d'apprécier la rémission</p> <p>Rémission complète : absence de signe biologique et à l'imagerie. Surveillance dans le temps</p> <p>Rémission partielle : persistance des signes de la maladie. Rattrapage par une autre chimio, immunothérapie ou orientation vers l'autogreffe</p> <p>Rechute : reprise de l'évolution de la maladie après rémission</p> <p>Échec thérapeutique : maladie réfractaire aux traitements.</p>	

