COMPLICATIONS DES CHIMIOETHERAPIES

Il existe très peu de possibilité thérapeutique de limiter les effets nocifs de la chimiothérapie, une fois celle-ci lancée. Il est donc impératif de tout mettre en œuvre pour limiter l'apparition de ces toxicités: respect des posologies, de la durée d'administration, éviter les interactions médicamenteuses et tenir compte du terrain (insuffisance rénale, cardiaque ou hépatique). En complément du cours, nous donnons ici une dizaine d'exemple de protocole à même de limiter l'apparition des ces complications.

1- Insuffisance rénale et cisplatine (CP) :

Avant l'administration CP:

- Examen clinique: absence de déshydratation
- Bilan sanguin: créatininémie (clairance)
- Eviter: diurétique, AINS, aminoside, iode
- Hyperhydratation (attention en cas d'IC) Ex: 2l/6H NaCl 0.9% + 2 g KCl/l + Mag²

Après l'administration CP (AU DOMICILE):

- Anti-émétique: Zophren lyc 2/j (si vomissement: hospitalisation)
- Poursuite hydratation (per os): 2l/24h, surveillance diurèse
- Eviter médicament néphrotoxique
- Créatininémie + ionogramme sanguin: 1/semaine

2- Insuffisance rénale et carboplatine:

- Pas de nécessité d'hydratation
- Dose administrée calculée par la formule de Calvert

3- Toxicité Vésicale (Cyclophosphamide et Ifosfamide):

+ Cyclophosphamide:

- Examen clinique: absence de déshydratation
- Bilan sanguin: créatininémie (clairance)
- Hyperhydratation: Ex: 2l/24h NaCl 0.9% + 2 g KCl/l + Mag2
- Absence d'infection urinaire
- si dose endoxan supérieure à 750 mg/m²: prescription d'uromitexan (mesna)

+ Ifosfamide: (Uromitexan quelle que soit la dose)

- Hyperhydratation: 3l/24h
- Surveillance diurèse, recherche hématurie par bandelette urinaire (3/j)
- Uromitexan (100 % dose chimio: 1/3 à H0, 1/3 à H4 et 1/3 à H8)

4- Toxicité rénale et Méthotrexate:

Avant l'administration MTX:

- Examen clinique: absence de déshydratation
- Bilan sanguin: créatininémie (clairance)
- Eviter: diurétique, AINS, acide salicylique, aminoside, ciflox, bactrim
- Hyperhydratation alcaline (attention en cas d'IC)
Ex: NaCl 0,9% + 2 g KCl/l + Mag2 et bicarbonate Na+ 14/1000
- contrôle pH urinaire: débiter MTX quand pH supérieur 7

Après l'administration MTX:

- Poursuite hyperhydratation alcaline
- Dosage méthotrexatémié/24h
- Rescue acide folinique (25 mg/m²) jusqu'à MTX inférieure à 2 10⁻⁷
- Eviter médicament néphrotoxique
- Créatininémie + ionogramme sanguin: 1/24h
- Diurèse, pH urinaire à chaque miction (doit rester supérieur à 7), poids/j

5- Encéphalopathie à l'ifosfamide:

- Prise en charge symptomatique (oxygène, hydratation)
- Arrêt ifosfamide
- En cas de crise convulsive, benzodiazépine
- Bleu de méthylène (IV): 50 mg/ 50 ml de G5 en 5 minutes.

6- Neurotoxicité et Amifostine (Ethyol):

- Arrêt de la chimiothérapie si invalidante
- Traitement symptomatique: laroxyl (gouttes) et rivotril (gouttes)
- Si traitement par cisplatine, traitement préventif par Ethyol possible.
Amifostine: 740 mg/m² IV à débiter dans les 30 minutes avant la chimiothérapie

7- Docetaxel et syndrome de rétention hydrique:

- Solupred 20mg: 2 ½ cp j-1, j0 et j+1
- +/- lasilix

8- Fludarabine et risque infectieux: (déplétion lymphocytaire T)

- Traitement préventif par Bactrim forte: 1 cp/2j
- Si herpès récidivant: Zelitrex: 2cp/j

9- Toxicité cardiaque aux anthracyclines:

- Toxicité cumulative (ex: doxorubicine 550 mg/m²)
- Possibilité d'utiliser un cardioprotecteur: dexrazoxane (cardioxane)
Cardioxane: 1g/m² (30 minutes avant la chimiothérapie)