

**GLIOBLASTOME &
NÉOPLASIE DE L'OVAIRE:
De la tête aux ...**

Journée scientifique en oncologie
7 octobre 2011

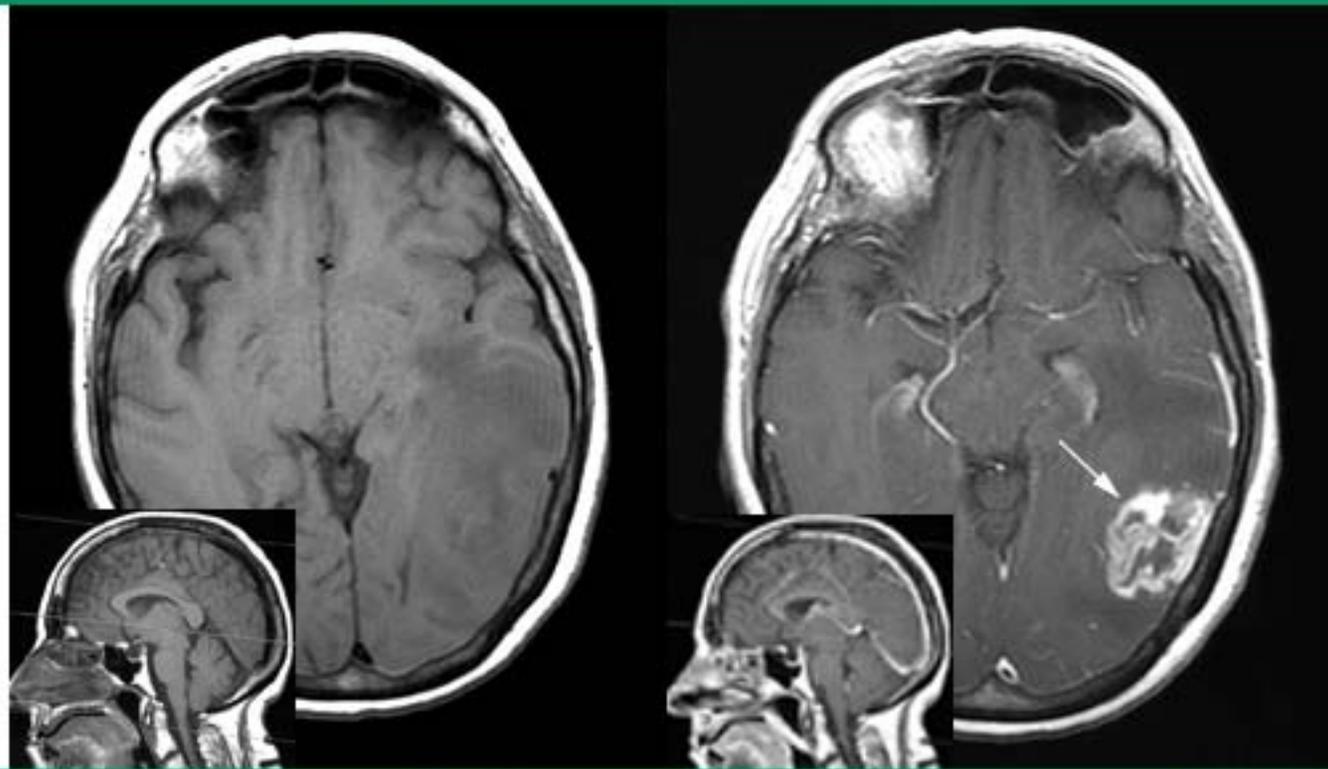
PLAN

1. **Glioblastome multiforme**
 1. Prévention
 2. Plan thérapeutique
 3. Surveillance per et post traitement
2. **Néoplasie de l'ovaire**
 1. Prévention
 2. Plan thérapeutique
 3. Surveillance per et post traitement
3. **Carcinomatose péritonéale**
 1. La reconnaître
 2. Traitement



GLIOBLASTOME MULTIFORME

Glioblastoma multiforme



Left: Axial T1-weighted MRI showing edematous right temporal lobe with loss of sulci and gray-white demarcation. Right: after gadolinium infusion, a circular 2.5 cm x 2.5 cm area of irregular contrast enhancement in the left temporal lobe (arrow).

Courtesy of Harry Greenberg, MD.

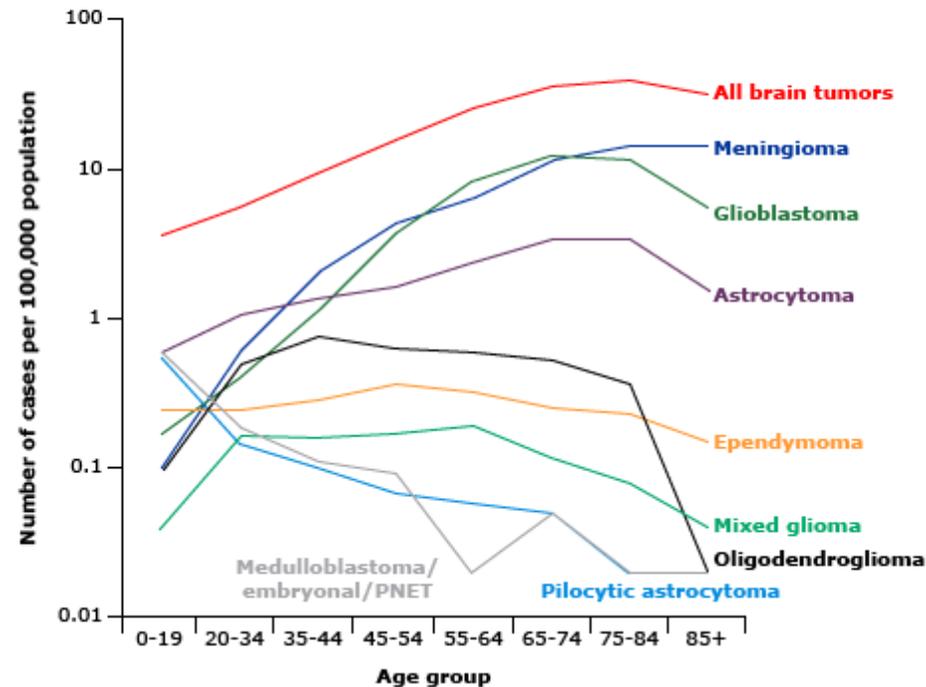
PRÉVENTION

- ▶ L'usage du téléphone mobile augmente le risque de cancer du cerveau (gliomes et méningiomes)?
- ▶ VRAI OU FAUX?

Selon l'OMS, aucune preuve n'a pu clairement être mise en évidence à partir de données rétrospectives.



Incidence rates of primary brain tumors by major neuroepithelial tissue and meningeal histologic types and age group, CBTRUS, 1992-1997



The category All Brain Tumors includes some specific types not individually shown (tumors of cranial and spinal nerves, hemangioblastomas, primary lymphomas, germ cell tumors, and tumors of the sellar region). The Astrocytoma category includes diffuse astrocytomas, anaplastic astrocytomas, unique astrocytoma variants, and astrocytomas not otherwise specified.

PNET: primitive neuroectodermal tumor.

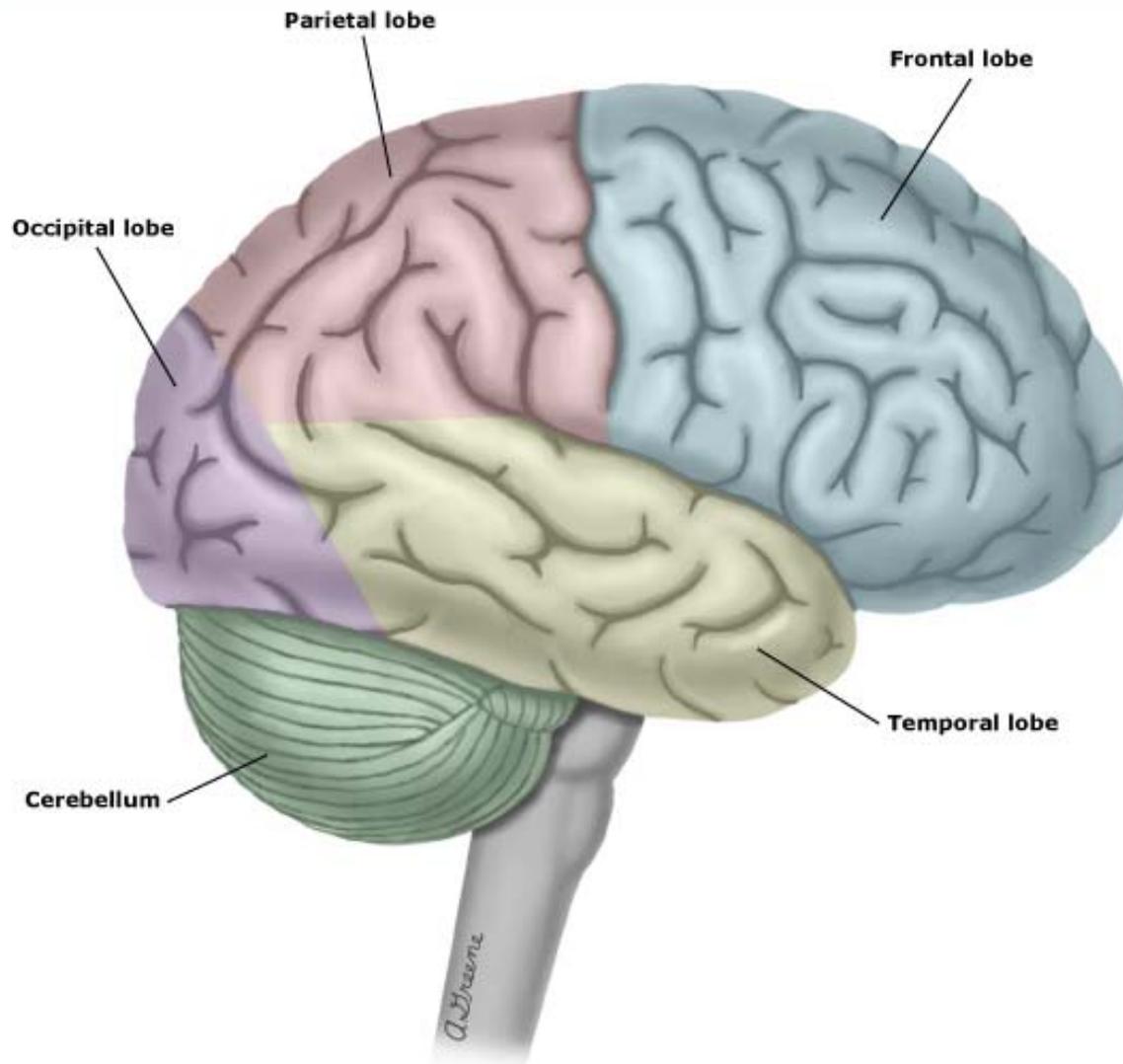
Reproduced with permission from: Wrensch, M, Minn, Y, Chew, T, et al. *Epidemiology of primary brain tumors: Current concepts and review of the literature. Neuro-Oncology 2002; 4:278. Copyright © 2002 Margaret Wrensch, MD.*

MODES DE PRÉSENTATION

Généraux	Focaux
Céphalée (50%)	Convulsions
Convulsions (50%)	Parésie
Nausées & vomissements	Paresthésies
Diminution du niveau de conscience	Aphasie
Dysfonction neurocognitive	Trouble visuel



Lobes of the brain

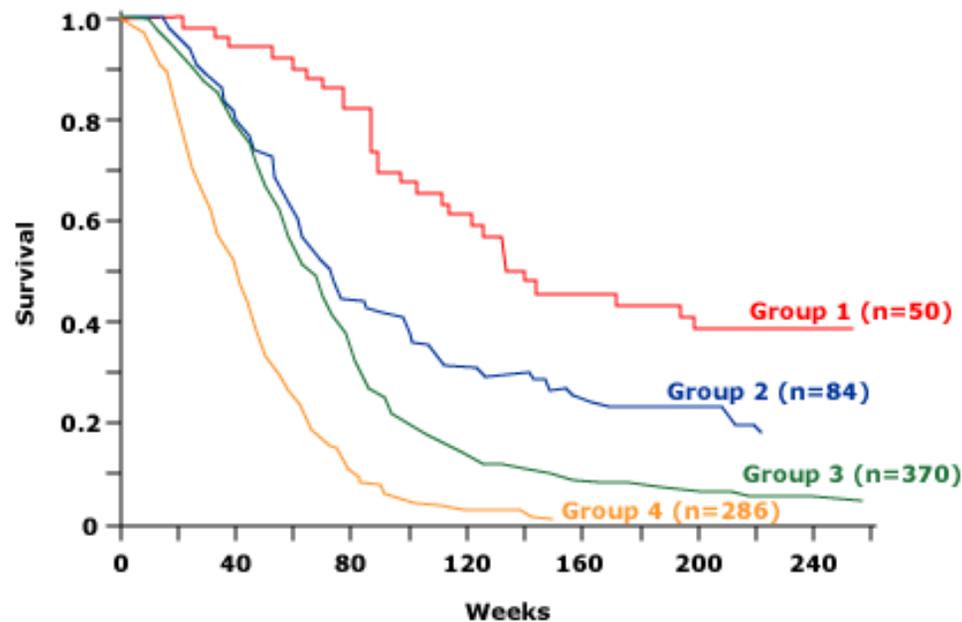


PRONOSTIC

- ▶ Quelle est la survie moyenne d'une personne atteinte d'un glioblastome multiforme?
 1. 6 mois
 2. 12 mois
 3. 18 mois
 4. Plus de 24 mois



Survival for all patients, by risk group



Group 1: Age ≤ 40 , frontal tumor.

Group 2: Age ≤ 40 , other tumor sites.

Group 3: Age > 40 and < 65 ; KPS > 70 and gross or subtotal resection.

Group 4: Age ≥ 65 or age < 40 ; or KPS ≤ 70 ; or biopsy only. Fourteen patients in group 1, 12 patients in group 2, and 9 patients in group 3 lived beyond 5 years (260 weeks). Fifty-three patients were censored (13 in group 1, 14 in group 2, 21 in group 3, and 5 in group 4).

Reproduced with permission from: Lamborn, KR, Chang, SM, Prados, MD. Prognostic factors for survival of patients with glioblastoma: Recursive partitioning analysis. Neuro-oncology 2004; 6:231. Copyright © 2004 Duke University Press.

CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

- ▶ **Le patient est-il opérable?**
 - ▶ Oui: chirurgie
 - ▶ Non: biopsie stéréotaxique

- ▶ **Radiothérapie**
 - ▶ Ciblée sur la tumeur ou le lit chirurgical

- ▶ **Chimiothérapie**
 - ▶ Radiosensibilisante et adjuvante



SUIVI PER RADIOTHÉRAPIE

- ▶ **Complications associées à la radiothérapie cérébrale**
 - ▶ Dommages causés sur les vaisseaux et les cellules gliales
- ▶ **Réactions aiguës**
 - ▶ Encéphalopathie aiguë
 - ▶ Œdème cérébral
 - ▶ Nausées et vomissements
 - ▶ Radiodermite et alopécie
 - ▶ Troubles auditifs
 - ▶ Parotidite

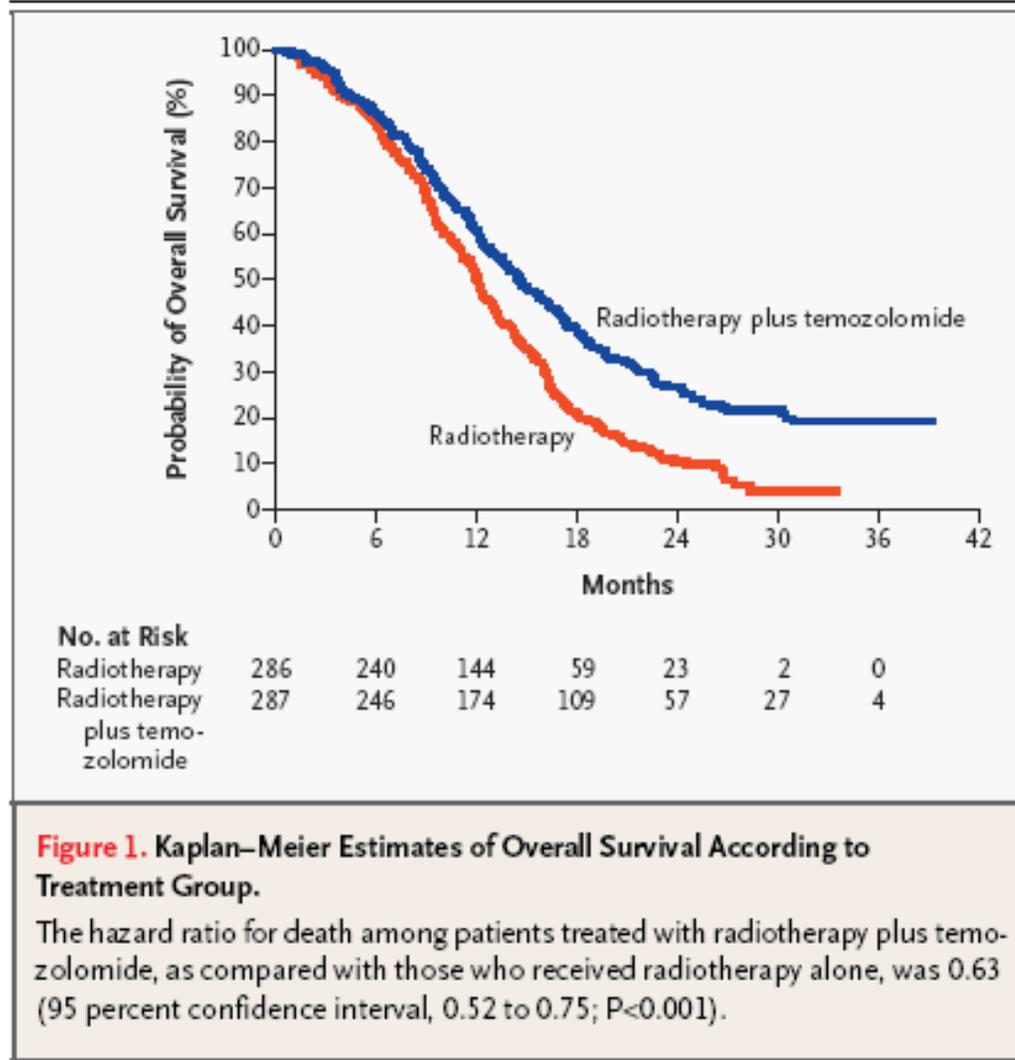


SUIVI POST RADIOTHÉRAPIE

- ▶ Réactions retardées (plus de 90 jours post RT)
 - ▶ Radionécrose
 - ▶ Leucoencéphalopathie
 - ▶ Céphalées
 - ▶ Troubles neurocognitifs (attention-concentration)
 - ▶ Effets cérébrovasculaires
 - ▶ Troubles visuels
 - ▶ Ototoxicité
 - ▶ Endocrinopathies
 - ▶ Tumeurs secondaires



CHIMIOTHÉRAPIE



RECETTE DU TEMOZOLOMIDE

Centre de santé et de services sociaux
de Rimouski-Neigette

ORDONNANCES-MÉDICAMENTS

Poids réel : _____(kg) Poids maigre : _____(kg)

Poids de dosage : _____(kg) Taille : _____(cm)

Diagnostic : _____

Allergies : _____

Renseignements cliniques : _____

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

TÉMOZOLOMIDE

(Tumeurs cérébrales)

Traitement avec RT concomitante

Traitement adjuvant : glioblastome multiforme (= astrocytome de grade 4)

Fréquence d'administration : id ad fin RT x 6 sem. (max. 7 sem. si décalage tx RT) Surface corporelle : _____ m²

A. ANTIÉMÉTIQUES PRÉCHIMIOTHÉRAPIE

- Stemetil® 10 à 20 mg PO ou IR ½ h à 1 h avant le témozolomide (Temodal®).
- Kytril® _____ mg PO ½ h à 1 h avant le témozolomide (Temodal®).

B. CHIMIOTHÉRAPIE

** ORDONNANCE DE DÉPART valide pour 6 semaines, soit pendant toute la durée des traitements de radiothérapie. En cas de décalage des tx de RT, la durée peut être prolongée jusqu'à 7 sem. maximum*

Sem. 1 à 6 (max. Sem. 1 à 7), à débiter le : _____

- Témzolomide (Temodal®) _____ (75 mg/m²) PO id, soit 1 h avant la radiothérapie, et HS pendant les fins de semaine.
(concentrations disponibles : capsules de 5 mg, 20 mg, 100 mg et 250 mg)
(Avaler les capsules entières avec de l'eau, à jeun 1 h ac ou 2 h pc)

C. ANTIÉMÉTIQUES POSTCHIMIOTHÉRAPIE

- Stemetil® 10 à 20 mg PO ou IR q 4-6 h si nausées ou vomissements.

Autres (pour ajustement du traitement antinauséeux) :

- Gravol® 50 mg PO ou 100 mg IR q 6 h si nausées ou vomissements.
- Motilium® 10 mg PO qid, soit ½ h à 1 h ac et hs.

D. AUTRES

- Eprex® _____ Unités SC X 1 fois/sem.

Suite au verso ...

Traitement séquentiel

- Traitement adjuvant postradiothérapie : X 6 cycles (à débiter 4 sem. après la RT)
 - glioblastome multiforme (astrocytome de grade 4)
- Traitement palliatif (récidive ou progression) :
 - astrocytome de grade 3 (= anaplasique)
 - glioblastome multiforme (= astrocytome de grade 4)

Fréquence d'administration : q 4 sem.

Cycle : _____ à débiter le : _____

Surface corporelle : _____ m²

A. ANTIÉMÉTIQUES PRÉCHIMIOTHÉRAPIE

- Stemetil® 20 mg PO ou IR ½ h à 1 h avant le témozolomide (Temodal®) (Jours 1 à 5).
- Kytril® _____ mg PO ½ h à 1 h avant le témozolomide (Temodal®) (Jours 1 à 5).

B. CHIMIOTHÉRAPIE

Jours 1 à 5, du _____ au _____

- Témzolomide (Temodal®) _____ mg PO id HS X 5 jours.
(concentrations disponibles : capsules de 5 mg, 20 mg, 100 mg et 250 mg)
(Avaler les capsules entières avec de l'eau, à jeun au moins 2 h pc)

- 150 mg/m² (cycle 1)
 - tx adjuvant postradiothérapie (et aussi : cycles 2 à 6, si présence de toxicité hématologique au cycle 1)
 - tx palliatif, si autre protocole de chimiothérapie reçu précédemment
- 200 mg/m²
 - cycles 2 à 6 : tx adjuvant postradiothérapie, si absence de toxicité hématologique au cycle 1 de 150 mg/m²
 - cycles 2 et suivants : tx palliatif, si autre protocole de chimiothérapie reçu précédemment et si absence de toxicité hématologique au cycle 1 de 150 mg/m²
 - dès cycle 1 et suivants : tx palliatif, si aucun autre protocole de chimiothérapie reçu précédemment

C. ANTIÉMÉTIQUES POSTCHIMIOTHÉRAPIE

- Stemetil® 10 à 20 mg PO ou IR q 4-6 h si nausées ou vomissements.

Autres (pour ajustement du traitement antinauséeux) :

- Decadron® _____ mg PO bid X _____ jours, à débiter au Jour _____.
- Gravol® 50 mg PO ou 100 mg IR q 6 h si nausées ou vomissements.
- Kytril® _____ mg PO id q 24 h X _____ jours, à débiter au Jour _____.
- Motilium® 10 mg PO qid, soit ½ h à 1 h ac et hs.

D. AUTRES

- Eprex® _____ Unités SC X 1 fois/sem.
- Neupogen® _____ µg SC id X _____ jours, à débiter au Jour _____.

Médecin

Pharmacien

Date

EFFETS SECONDAIRES DU TEMOZOLOMIDE

- ▶ **Les plus fréquents (> 10%)**
 - ▶ Cardiovasculaire: œdème périphérique
 - ▶ SNC: fatigue, céphalées, convulsions, hémiparésie, fièvre, étourdissements et anomalies de la coordination
 - ▶ Dermatologique: alopécie et rash
 - ▶ Gastro intestinal: nausées et vomissements, constipation, anorexie et diarrhées
 - ▶ Hématologique: lymphopénie, thrombopénie, neutropénie et leucopénie
 - ▶ Neuromusculaire: faiblesse
 - ▶ Varia: infections virales



SUIVI POST TRAITEMENT

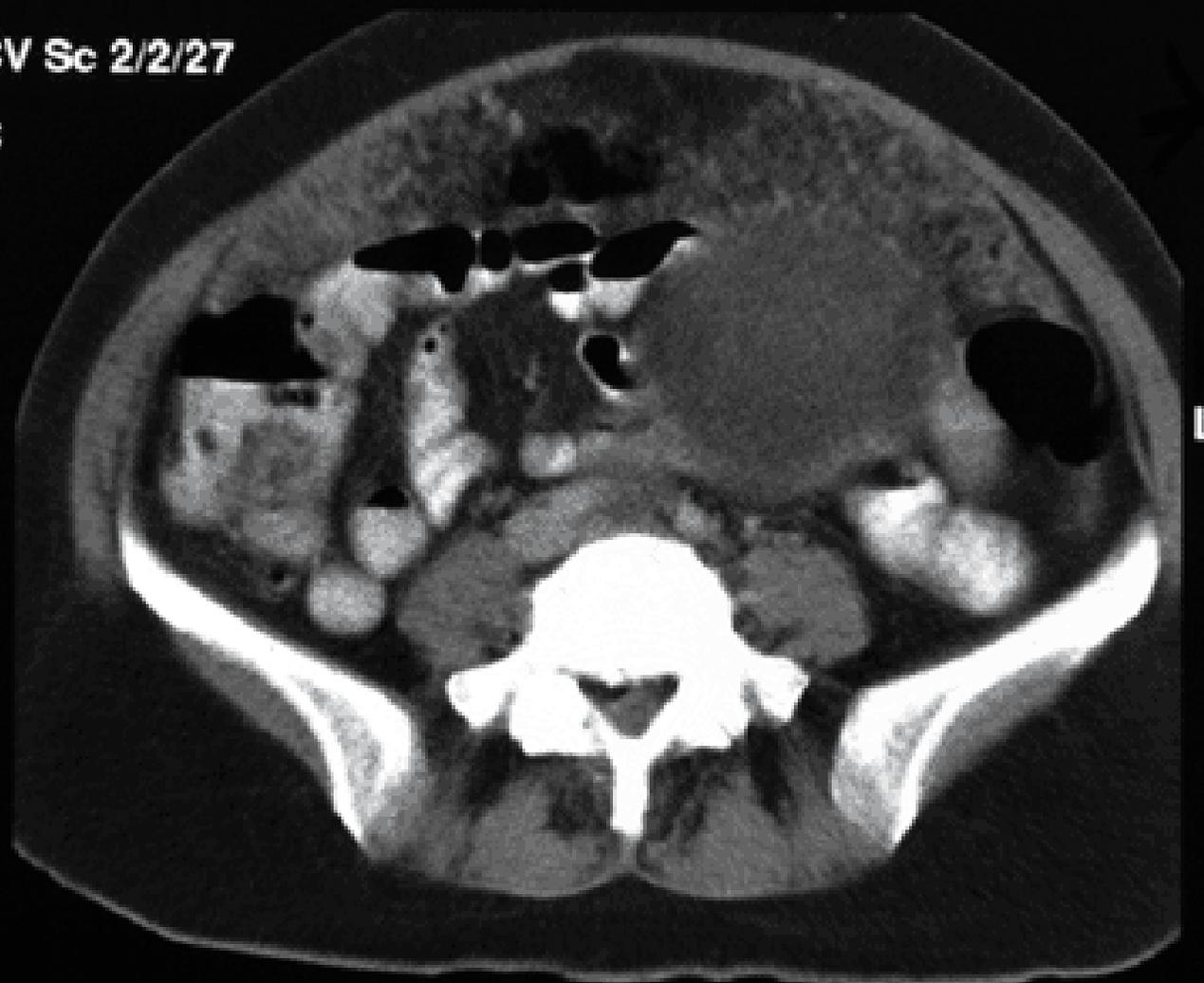
- ▶ IRM 2 à 6 semaines après la radiothérapie
- ▶ IRM aux 2 à 4 mois pour 2 à 3 ans
- ▶ Diminution éventuelle de la fréquence par la suite



NÉOPLASIE DE L'OVAIRE

CV Sc 2/2/27

C



Pos -321.0

Tilt +0.0°

W-400

L 40

-
- ▶ 6^e cause de néoplasie chez la femme
 - ▶ 25% des néoplasies gynécologiques
 - ▶ Pic d'incidence entre 55 et 60 ans



▶ **QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE DE NÉOPLASIE DE L'OVAIRE?**

1. Contraceptifs oraux
2. Grossesse
3. Allaitement
4. Nulliparité



Risk factors for ovarian cancer

	Relative risk	Lifetime probability, percent*
Familial ovarian cancer syndrome	Unknown	30 to 50
Two or three relatives with ovarian cancer	4.6	5.5 (15 if first degree)
One relative (first or second degree) with ovarian cancer	3.1	3.7 (5 if first degree)
No risk factors	1.0	1.8
Past oral contraceptive use	0.65	0.8
Past pregnancy	0.5	0.6
Infertility	2.8	
Nulligravity	1.6	
Past breast feeding	0.81	
Tubal ligation	0.59	

* Indicates probability for ovarian cancer in a 50-year-old woman. Adapted from data in Carlson, KJ, Skates, SJ, Singer, DE, *Ann Intern Med* 1994; 121:124 and Whittemore AS, R Harris, J Intyre, and the Collaborative Ovarian Cancer Group. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 1184 and Gotlieb, WH, Baruch, GB, Friedman, E. *Semin Surg Oncol* 2000; 19:20 and Ness, RB, Cramer, DW, Goodman, MT, et al. *Infertility, fertility drugs, and ovarian cancer: a pooled analysis of case-control studies. Am J Epidemiol* 2002; 155:217.

Carcinoma of the ovary: FIGO stage and overall survival for patients treated in 1999-2001.

FIGO stage	Number of patients	Overall survival, percent		
		1 year	2 years	5 years
IA	632	98.4	96.2	89.6
IB	69	100	93.9	86.1
IC	663	96.3	91.4	83.4
IIA	72	93.0	87.2	70.7
IIB	93	93.4	84.5	65.5
IIC	241	93.6	85.6	71.4
IIIA	128	88.1	72.6	46.7
IIIB	271	85.7	70.6	41.5
IIIC	2030	84.8	64.5	32.5
IV	626	72.4	48.4	18.6

Original table modified for this publication. From: Heintz, AP, Odicino, F, Maisonneuve, P, et al. Carcinoma of the ovary. Int J Gynaecol Obstet 2006; 95:S161. Table used with the permission of Elsevier Inc. All rights reserved.

DÉPISTAGE

- ▶ Pas de dépistage de masse recommandé en Amérique du Nord
- ▶ Pour les femmes avec un syndrome héréditaire
 - ▶ CA-125
 - ▶ Échographie transvaginale
 - ▶ Débuter vers 30-35 ans ou 5 à 10 ans plus tôt que le diagnostic chez la plus jeune diagnostiquée dans la famille
 - ▶ Fréquence du dépistage controversée, certains suggèrent aux 6 mois



MODE DE PRÉSENTATION

- ▶ Ballonnement
- ▶ Augmentation du volume abdominal
- ▶ Urgence mictionnelle
- ▶ Pollakiurie
- ▶ Satiété précoce
- ▶ Douleur abdominale



CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

- ▶ Référencer en gynéco-oncologie
- ▶ Pas d'indication de radiothérapie
- ▶ Chimiothérapie si stade IC et plus, grade 3 ou histologie à cellules claires
 - ▶ Taxol-carboplatin
- ▶ Mesurer le CA-125 pré-op et post-op



RECETTE TAXOL-CARBOPLATIN

Centre de santé et de services sociaux
de Rimouski-Négette

ORDONNANCES-MÉDICAMENTS

Poids réel : _____(kg) Poids maigre : _____(kg)

Poids de dosage : _____(kg) Taille : _____(cm)

Diagnostic : _____
Allergies : _____
Renseignements cliniques : _____

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

CARBOPLATINE - PACLITAXEL

Ovaire Péritoine Trompe

Durée approximative : 4,5 h Hospitalisée
Fréquence d'administration : q 3 sem. X 6 cycles Externe

Cycle : _____ à débiter le : _____ Surface corporelle : _____ m²

A. PRÉMÉDICATION (concernant le traitement de paclitaxel)

- Decadron® 20 mg PO 12 h et 6 h avant le début du paclitaxel (Taxol®) (i. e. à 21 h, la veille du traitement et à 3 h, la nuit précédant le traitement).
- Benadryl® 50 mg + Zantac® 50 mg IV en 15 min, 30 min avant le début du paclitaxel (Taxol®).

B. ANTIÉMÉTIQUES PRÉCHIMIOTHÉRAPIE

- Kytril® _____mg IV + Decadron® _____mg IV en 15 min, 30 min avant le début du carboplatine (Paraplatin®) (Jour 1).
- Ativan® _____mg SL avant la chimiothérapie (Jour 1).

C. CHIMIOTHÉRAPIE

Le paclitaxel débute vers 9 h, à la clinique d'hémo-oncologie

1) Paclitaxel (Taxol®) _____mg (175 mg/m²) dans 500 ml D5 % EXCEL IV à 170 ml/h (i. e. en 3 h).

* Si hypersensibilité, administrer selon le débit suivant : _____

Suite au verso...

C. **CHIMIOTHÉRAPIE** (suite)

2) Carboplatine (Paraplatin®) _____ mg (ASC = 6)* dans 250 ml D5 % IV à 500 ml/h (i. e. en 0,5 h).

* Sert uniquement à calculer la dose de départ. Les ajustements de dose se font en tenant compte de la toxicité hématologique (neutrophiles et plaquettes). Contacter l'hématologue traitant en présence de :

- 1) Plaquettes < $100 \times 10^9/L$ et/ou neutrophiles < $1,5 \times 10^9/L$;
- 2) Créatinine > normale, chez un patient dont la créatinine était normale au départ;
- 3) Créatinine normalisée chez un patient dont la créatinine était > normale au départ.

Calcul de la dose de départ du carboplatine :

- a) Créatinine sérique servant au calcul de la dose de départ au cycle 1 = _____ $\mu\text{mol/L}$ le _____ date
- b) Cl_{cr} estimée (ml/sec)* : $\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)}^{**}}{Cr_B \times 49}$ lorsque fonction rénale stable.
Si $Cl_{cr} < 30$ ml/min : → contacter hématologue.
- c) Dose de carboplatine = ASC visée X (TFG*** (ml/min) + 25) chez les adultes.
Si $Cl_{cr} < 20$ ml/min : → contacter hématologue.

* Sexe : F X 0,85

** Standard et très maigre : poids réel Obèse : poids ajusté (dosage)

*** TFG : Taux de filtration glomérulaire, i. e. Cl_{cr} estimée = _____ ml/min (Cl_{cr} maximum 125 ml/min)

D. **SURVEILLANCE INFIRMIÈRE** (concernant le traitement de paclitaxel)

- Garder au chevet : une fiole de Benadryl®, de Decadron® et une ampoule d'adrénaline 1 : 1000 (1 mg/ml) pendant l'administration du paclitaxel (Taxol®).
- Pouls et T.A. avant de débiter le paclitaxel (Taxol®), 15 min après le début, puis aux heures jusqu'à la fin de la perfusion.
- Aviser le médecin si pouls < 60 et/ou ↓ T.A. significative.
- Si réaction allergique :
 - Cesser la perfusion
 - Aviser le médecin
 - Voir « Conduite suggérée en cas de réaction d'hypersensibilité avec paclitaxel (Taxol®) ».
- Garder la patiente sous observation pendant une heure après la fin du premier traitement, et au besoin lors des traitements subséquents s'il y a eu réaction au premier traitement.

E. **ANTIÉMÉTIQUES POSTCHIMIOTHÉRAPIE**

- Stemetil® 10 à 20 mg PO ou IR q 4-6 h si nausées ou vomissements.

Autres (pour ajustement du traitement antinauséeux) :

- Decadron® _____ mg PO bid X _____ jours, à débiter au Jour _____.
- Gravol® 60 mg PO ou 100 mg IR q 6 h si nausées ou vomissements.
- Kytril® _____ mg PO id q 24 h X _____ jours, à débiter au Jour _____.
- Motilium® 10 mg PO qid, soit ½ h à 1 h ac et hs.

F. **AUTRES**

Neupogen® _____ μg SC id X _____ jours, à débiter au Jour _____.

Médecin

Pharmacien

Date

EFFETS SECONDAIRES paclitaxel

- ▶ **Les plus fréquents (>10%)**
 - ▶ Cardiovasculaire: flushing, œdème, hypotension
 - ▶ Dermatologique: alopecie, rash
 - ▶ Gastro intestinal: nausées et vomissements, diarrhée, mucite
 - ▶ Hématologique: neutropénie, leucopénie, anémie, thrombopénie, saignement
 - ▶ Hépatique: augmentation de la phosphatase alcaline et des AST
 - ▶ Local: réaction au site d'injection
 - ▶ Neuromusculaire: neuropathie périphérique, arthrite et myalgie, faiblesse
 - ▶ Varia: réaction d'hypersensibilité (Cremophor® EL), infection



EFFETS SECONDAIRES carboplatin

- ▶ Les plus fréquents (>10%)
 - ▶ SNC: douleur
 - ▶ Endocrine & métabolique: hyponatrémie, hypomagnésémie, hypocalcémie, hypokaliémie
 - ▶ Gastro intestinal: nausées et vomissements
 - ▶ Hématologique: myélosuppression, anémie, leucopénie, neutropénie, thrombopénie
 - ▶ Hépatique: augmentation de la phosphatase alcaline et AST
 - ▶ Neuromusculaire: faiblesse
 - ▶ Rénal: diminution de la clairance de la créatinine, augmentation de l'urée
 - ▶ Varia: réaction d'hypersensibilité/allergique



SUIVI POST TRAITEMENT

- ▶ Visite aux 2 à 4 mois pour 2 ans, puis aux 3 à 6 mois pour 3 ans, puis annuellement
 - ▶ Incluse examen gynécologique et cytologie
- ▶ CA-125 à chaque visite si élevé au diagnostic
- ▶ Imagerie si cliniquement indiqué

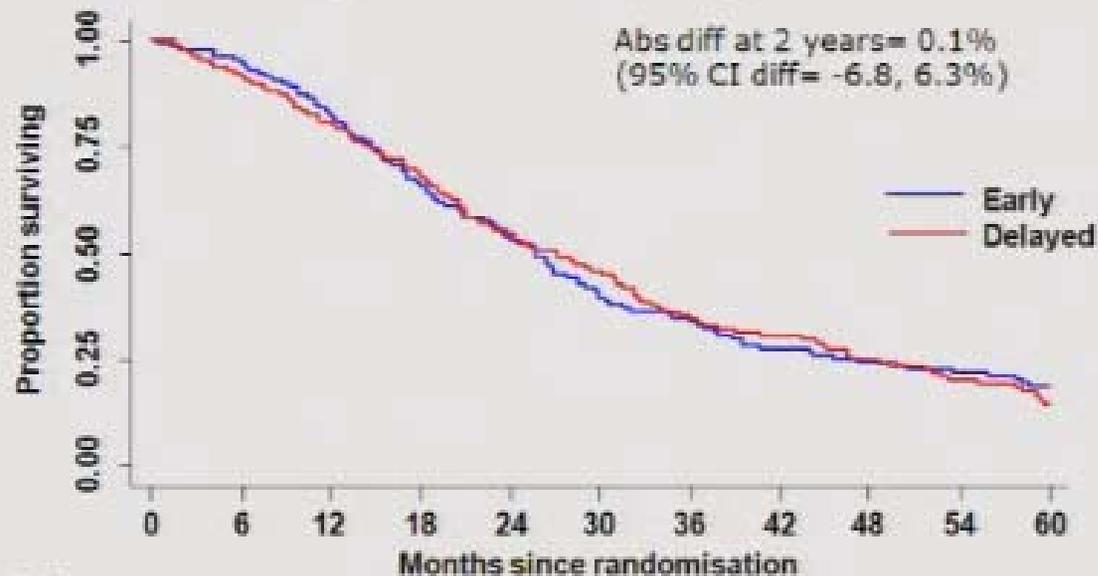


Overall Survival



HR=1.00 (95%CI 0.82-1.22) p=0.98

Abs diff at 2 years= 0.1%
(95% CI diff= -6.8, 6.3%)



Number at risk

	0	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60
Early	265	247	211	185	131	94	72	51	38	31	22
Delayed	264	236	203	167	129	103	69	53	38	31	19

CARCINOMATOSE PÉRITONÉALE,
ASCITE &
OCCLUSION INTESTINALE



NÉOPLASIES LES PLUS FRÉQUEMMENT INCRIMINÉES?

- ▶ Ovaire/péritoine
- ▶ Vessie
- ▶ Colon
- ▶ Estomac
- ▶ Sein
- ▶ Pancréas
- ▶ Poumon
- ▶ Mésothéliome



MÉCANISMES D'ASCITE NÉOPLASIQUE

- ▶ Carcinomatose péritonéale
- ▶ Atteinte hépatique massive par des métastases avec hypertension portale
- ▶ Hépatocarcinome avec cirrhose
- ▶ Ascite chyleux (lymphome)
- ▶ Syndrome de Budd-Chiari



MANIFESTATIONS CLINIQUES

- ▶ Douleur abdominale
- ▶ Absence de selle, de gaz ou selles liquides
- ▶ Augmentation du volume abdominal
- ▶ Dyspnée
- ▶ Satiété précoce



TRAITEMENT

- ▶ **Ponction d'ascite**
 - ▶ Fréquence selon les symptômes du patient
 - ▶ Un remplacement avec de l'albumine est controversé
 - ▶ Un cathéter peut être laissé en place si ponctions fréquentes nécessaires dans un contexte palliatif
 - ▶ Risque de contamination bactérienne
- ▶ **Traitement antinéoplasique ciblé**



OCCLUSION INTESTINALE

▶ Causes d'occlusion

- ▶ Compression extrinsèque
 - ▶ Progression de la tumeur primaire ou métastases
 - ▶ Adhérences
 - ▶ Fibrose post-irradiation
- ▶ Occlusion intaluminale
- ▶ Occlusion intramurale
- ▶ Troubles de la motilité intestinale
 - ▶ Infiltration de la musculature et des fibres nerveuses
 - ▶ Envahissement malin du plexus coeliaque
 - ▶ Neuropathie paranéoplasique (poumon)
- ▶ Varia
 - ▶ Fécalome
 - ▶ Œdème
 - ▶ Médicaments



PATHOPHYSIOLOGIE DES SYMPTÔMES

- ▶ Augmentation du contenu du tube digestif
- ▶ Augmentation de la distension du tube digestif
- ▶ Augmentation des sécrétions H₂O et de NaCl dans le tube digestif
 - ▶ Œdème de la paroi
- ▶ Augmentation du péristaltisme

- ▶ DONC: nausées/vomissement, coliques et douleur abdominale



TRAITEMENT

▶ Antisécrétoires

- ▶ Octréotide 100-900 mcg/jour s.c. bid à tid

▶ Antiémétiques

- ▶ Prokinétiques – Métopropramide 15-80 mg/jour i.m. ou i.v. tid à qid si absence de coliques et occlusion partielle
- ▶ Antipsychotiques
 - ▶ Halopéridol 0,5-20 mg/jour s.c., i.m. ou i.v. die à qid
 - ▶ Prochlorpérazine 20-120 mg/jour i.r., i.m. ou i.v. aux 4 à 6 heures
- ▶ Antihistaminiques – Dimenhhydrinate 50-400 mg/jour i.r., i.m. ou i.v. aux 4 à 6 heures
- ▶ Autres
 - ▶ Ondasétron, granisétron, lorazépam, dronabinol ou nabilone



TRAITEMENT (2)

- ▶ **Corticostéroïdes**
 - ▶ Dexaméthasone 2-16 mg/jour s.c. ou i.v. die à qid
- ▶ **Laxatifs**
 - ▶ Docusate de sodium 160-800 mg/jour po die à qid
- ▶ **Tube nasogastrique**
- ▶ **Hydratation parentérale avec électrolytes**
- ▶ **Thérapie antinéoplasique ciblée**



BIBLIOGRAPHIE

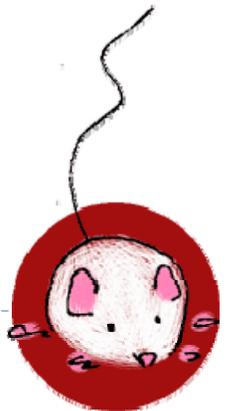
- ▶ UpToDate 19.2
- ▶ Guide pratique de soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes, 4^e édition, APES
- ▶ NEJM
- ▶ JCO



MERCI ET BONNE FIN DE
CONGRÈS !!!

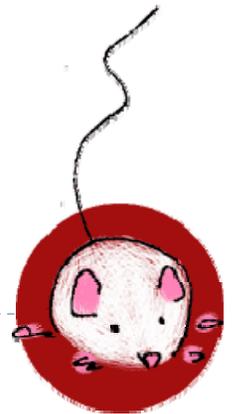
Œdème cérébral

- ▶ Dexaméthasone 8 à 16 mg po pas jour
 - ▶ 4 mg po bid à tid
- ▶ Maintenir la dose les deux premières semaines de la radiothérapie, puis sevrer graduellement



RADIODERMITE

- ▶ **Grade 0**
 - ▶ Peau normale
- ▶ **Grade I**
 - ▶ Érythème folliculaire ou modéré, dépilation, desquamation sèche ou diminution de la sudation
- ▶ **Grade II**
 - ▶ Érythème brillant, rouge vif, desquamation suintante non confluyente au niveau des plis cutanés ou des sillons ou œdème modéré
- ▶ **Grade III**
 - ▶ Desquamation suintante, œdème prenant le godet ou saignement induit par un petit traumatisme
- ▶ **Grade IV**
 - ▶ Ulcération, hémorragie ou nécrose



TROUBLES VISUELS

- ▶ **Cataractes**

- ▶ 43%
- ▶ 2 à 8 ans post RT
- ▶ Association avec usage de stéroïdes
- ▶ Même traitement que les cataractes non induites par la RT

- ▶ **Neuropathie optique**

- ▶ **Xérophtalmie**

- ▶ **Rétinopathie**

- ▶ Souvent asymptomatique
- ▶ Facteurs de risque: dose de RT, chimiothérapie et diabète

