

HYPERTENSION INTRACRANIENNE



LES REFERENTIELS
Soins Oncologiques de Support

Décembre 2010

HYPERTENSION INTRACRANIENNE ET DEFICIT NEUROLOGIQUE CENTRAL



Version validée : 03/12/2010

PRA-SOS-1012HTIC

Rédacteur(s)	Coordonnateurs d'action LE RHUN Emilie (ONCO NORD PAS DE CALAIS), TAILLANDIER Luc (ONCOLOR) Membres du groupe de travail : CARTALAT CAREL Stéphanie (RRC RA), HOANG XUAN Khê (ONCORIF), LE RHUN Emilie (ONCO NORD PAS DE CALAIS), TAILLANDIER Luc (ONCOLOR), TAILLIBERT Sophie (ONCORIF), COLLARD Olivier (ONCORUN), DESMEDT Eve (ONCO NORD PAS DE CALAIS), SAUNIER Chantal (ONCOLOR), VERRIER Marie Odile (ONCO NORD PAS DE CALAIS), VIEILLARD Marie Hélène (ONCO NORD PAS DE CALAIS)
Contributeur(s)	Relecteurs MONJOUR Annick (CAROL) – PERUZZI Philippe (ONCOCHA) – RAMIREZ Carole (Onco-Nord-Pas-de-Calais) Participants aux ateliers des J2R : BEN ABDESSELEM Leila (RRC RA), BOUHEDDOU Nadia (ONCAUVERGNE), CASTELAIN Sylvie (IDE ???), COLLARD Olivier (KARUKERA-ONCO), CORNUOT Catherine , DE MUIZON Yves (RRC RA), DUFAU Fanny (IDE), KANTE Valérie (RRC RA), LE RHUN Emilie (ONCO NORD PAS DE CALAIS), LANCRY-LECOMTE Laurence (RRC RA), LE ROL Annick (ONCORIF), LEVEQUE Pascal (ONCO NORD PAS DE CALAIS), MARMET Thierry (ONCOMIP), PREAUBERT SICAUD Christine (ONCOMIP), SCHULER Hélène, TAILLANDIER Luc (ONCOLOR), THILTGES Isabelle (ONCOLOR)

HYPERTENSION INTRACRANIENNE ET DEFICIT NEUROLOGIQUE CENTRAL



Version validée : 03/12/2010

PRA-SOS-1012HTIC

TABLE DES MATIERES

Corticothérapie : indication en neuro-oncologie.....	4
Corticothérapie : traitement d'attaque.....	5
Corticothérapie : traitement d'entretien.....	6
Situations particulières.....	7
Corticothérapie : règles d'arrêt.....	9
Prise en charge des effets secondaires observés en neuro-oncologie	
Troubles hydro électrolytiques et complications digestifs.....	10
Prévention de l'ostéoporose induite et complications musculaires.....	11
Diabète.....	12
Complications neuropsychiatriques et pneumocystose.....	13
Complications cutanées, complications ophtalmologiques et maladie veineuse thromboembolique.....	14
Médecine physique et réadaptation.....	15

Corticothérapie

Indication en neurooncologie


**HIC et/ou déficit neurologique central
dans un contexte neurooncologique**

Préconisation

Corticothérapie = traitement de première intention

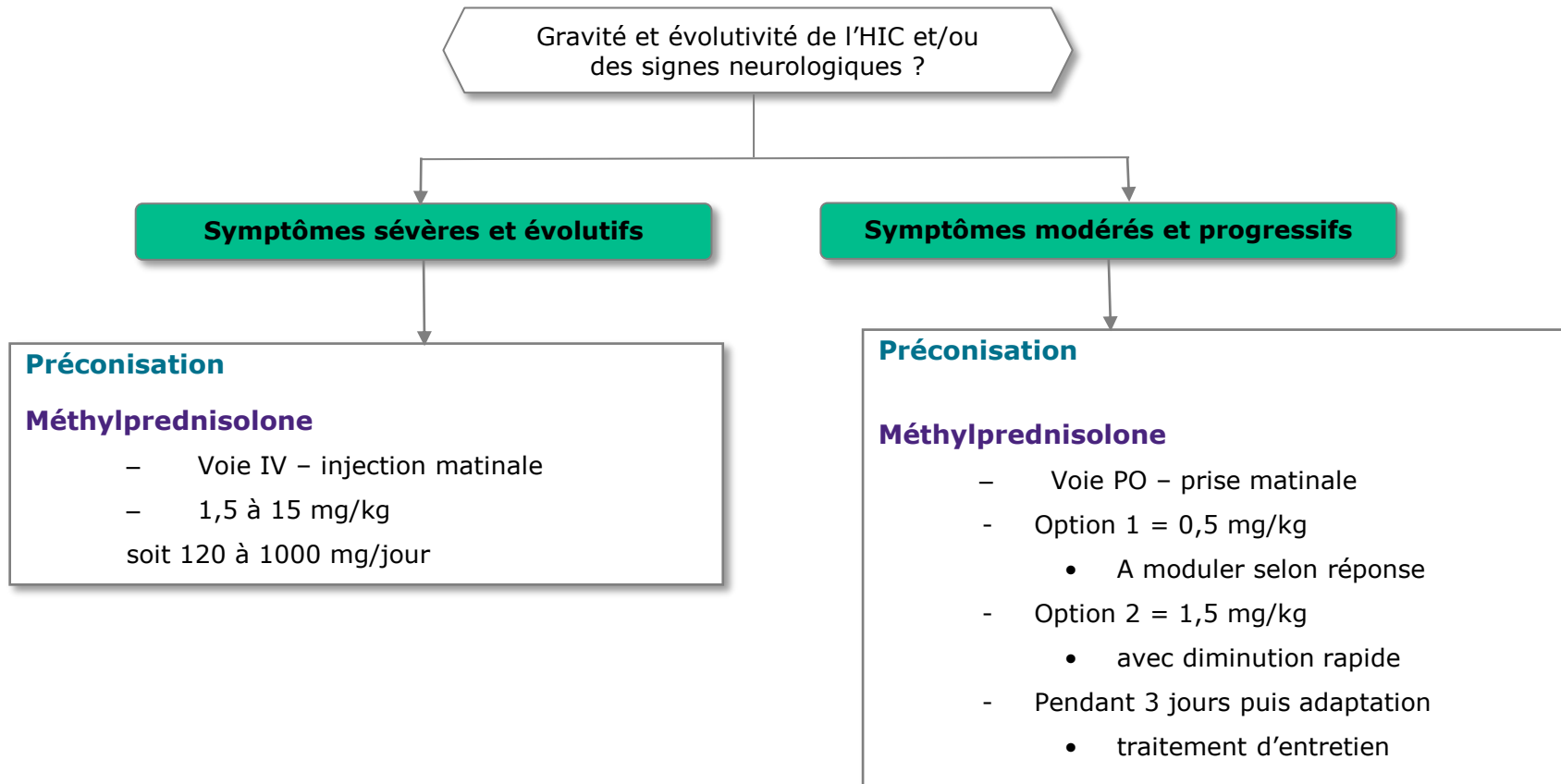


Situations particulières

- Gliomes de grade II : Sauf cas particulier, **pas d'indication**
Voir le référentiel correspondant
- Suspicion de lymphome : **à éviter avant biopsies**
Voir le référentiel correspondant 
- En l'absence d'HIC ou signes neurologiques uniquement sur demande spécifique du spécialiste

Corticothérapie en neurooncologie

Traitement d'attaque



Corticothérapie en neurooncologie

Traitement d'entretien

Préconisation

- Dose optimale
 - Dose minimale efficace
- Dose à adapter aux situations
 - Cliniques
 - Radiologiques
 - Thérapeutiques
- Diminution progressive
- Rythme de décroissance adapté
 - à la dose
 - aux traitements associés (ex bévacizumab)

Situations particulières

Agents hyperosmolaires

Préconisation

- Sauf cas particulier, pas en première intention
- A discuter si non contrôle de l'HIC par stéroïdes seuls
- Plus spécifiquement en phase initiale (sauf cas particuliers hors situation de fin de vie)
- **Mannitol®** - voie IV
 - 0,25 à 1 g/kg - 125 ml à 20%
 - courte perfusion de 20/30 minutes - 2 fois par jour
 - Diurèse = 4 à 5 fois le volume administré
 - surveillance hydroélectrolytique
- Durée limitée
- Effet rebond moindre qu'avec les autres agents osmotiques

Antalgiques

Préconisation

- Prescrits en association aux stéroïdes (prise en charge de la composante douloureuse de l'HIC)
 - Paliers OMS à respecter
 - Y compris II et III
 - Malgré risques théoriques (épilepsie, majoration de l'HIC)

Situations particulières

Fin de vie

Préconisation

- Corticoïdes à diminuer de manière progressive puis, le cas échéant, à stopper (démarche d'équipe)
- Traitement antalgique repose principalement sur les antalgiques, notamment de pallier II et III (adaptation à chaque situation clinique)

Corticothérapie en neurooncologie

Règles d'arrêt

Préconisation

- Diminuer progressivement les doses
 - d'autant plus lentement que les doses sont basses)
- Relais par hydrocortisone
 - 30 mg/jour (20 mg matin - 10 mg midi)
 - Systématiquement envisagé en cas de traitement antérieur prolongé (> ou = à 2 mois)
- Test à l'ACTH (**Synacthène®**)
 - A réaliser après 4/6 semaines d'hydrocortisone seule
 - But : apprécier la fonctionnalité surrénalienne

Corticothérapie

Prise en charge des effets secondaires observés en neurooncologie

Troubles hydroélectriques

Préconisation

- Régime hyposodé à moduler selon contexte oncologique
- Supplémentation potassique non systématique

Complications digestives *

Préconisation

- **Traitement actif de la constipation**
 - perforations coliques favorisées par stéroïdes + constipation + pathologie préexistante
- **Pas de traitement préventif systématique de l'ulcère gastro-duodéal**
 - risque fracturaire liés aux inhibiteurs pompe à protons
 - à envisager pour patients à risque

* Perforations coliques, très rares
ulcères gastro-duodénaux

Pas de risque de pancréatite

Corticothérapie

Prise en charge des effets secondaires observés en neurooncologie

Prévention de l'ostéoporose induite

Préconisation

- Exercice physique +/- kinésithérapie
- Dose minimale efficace de stéroïdes
- Place de l'ostéodensitométrie à discuter
- Co-prescription systématique d'une association
 - de calcium (1000 à 1500 mg par jour)
 - de vitamine D (800 UI/jr ou 100000 UI/3mois)
 - +/- de diphosphonates PO
 - selon statut clinique et/ou ostéodensitométrie
- Place éventuelle des traitements hormonaux
 - Oestrogènes
 - Testostérone
 - PTH
- Place éventuelle des thiazidiques
 - baisse de la calciurie

Complications musculaires *

Préconisation

- Dose minimale efficace de stéroïdes
- Activité physique recommandée
- Conseils nutritionnels

* Incidence = 30 à 60 %
Diagnostic = clinique

Corticothérapie

Prise en charge des effets secondaires observés en neurooncologie

Diabète*

Modalités de dépistage

- pas de consensus
- glycémie post prandiale >2g
- gHbA1c, glycémie à jeun, glycosurie

* Facteurs favorisants:

- âge
- poids
- facteurs génétique
- doses de stéroïdes

Préconisation

Objectif glycémique

- 1,5 à 2,5 g/l
- limiter risque coma hyperosmolaire

- Régime et activité physique : non approprié
- Arrêt médicaments délétères : thiazidiques...
- Diabète de type I connu
 - optimisation des contrôles glycémiques
 - augmentation des doses d'insuline

Traitements:

- Traitements oraux
 - Sulfamide : équilibre difficile - hypoglycémies (si vomissements)
 - Biguanides : vomissements, diarrhée, insuffisance rénale / iode, acidose lactique
 - Thiazolidinediones : augmentation poids, œdèmes
 - Inhibiteur alphaglucoSIDase : efficacité relative
 - Glinides - Glitazones : efficacité relative
- Insulinothérapie +++

Corticothérapie

Prise en charge des effets secondaires observés en neurooncologie

Complications neuropsychiatriques

Préconisation

- Ne dispense pas d'un bilan étiologique
- Dose minimale efficace
- Neuroleptiques
- Benzodiazépines
- Thymorégulateurs
- Suivi psychologique

* Troubles cognitifs dose dépendants réversibles
Bien être – hypomanie/dépression – psychose

Pneumocystose

Préconisation

Prophylaxie si

stéroïdes > 20mg EP + de 4 semaines
OU toutes doses si + de 8 semaines
OU témozolomide continu
OU + de 70 ans
indication pouvant être modulée selon taux de lymphocytes (200T4/ μ l)

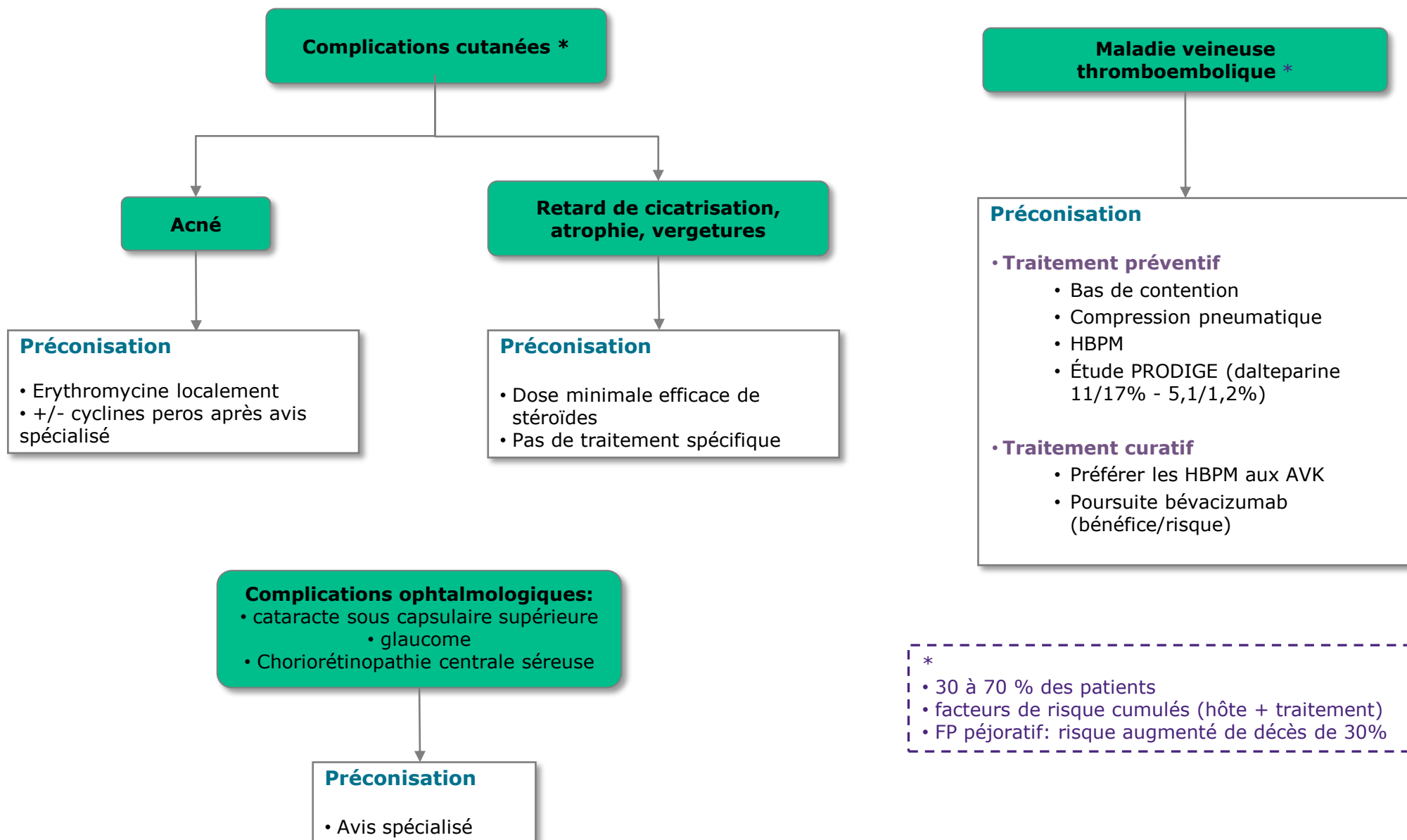
Traitement curatif:

Cotrimoxazole (2 schémas)
Ou aérosols de pentamidine

Prudence lors de la décroissance

Corticothérapie

Prise en charge des effets secondaires observés en neurooncologie



Médecine physique et réadaptation

- Déficits multiples
- Intérêt standardisation type « FIM » ou « DRS »
- Idem pour batterie cognitive
- Bénéfice documenté
 - Gain fonctionnel avec durée de séjour < AVC
 - Valeur pronostique

Préconisation

- Rééducation adaptée, personnalisée et encadrée
 - Domicile
 - Institution