



HÉMATOLOGIE



PRÉSENTATION DU SERVICE

Patients : âge moyen 50 ans (*de 17ans à 80ans*), la moitié autonome et l'autre moitié présente une altération de l'état général AEG (*asthénie, douleurs...*)

Hospitalisation de 2 jours à 1 semaine en lymphome/leucémie (*retours récurrents pour chimioT et aplasie = PNN < 500*) et 3 à 5 semaines en greffe

Service : *arrivée vers 9h pour les trans, réunion de service tous les jeudis matin*

Unité 3A - protégé -> deux secteurs, lymphome et leucémie

Unité 3A - hautement protégé -> secteur des greffes de cellules souches avec tenues stériles obligatoires +++



LEXIQUE

Ac = Anticorps	LAM = leucémie	myéloïde	chro-	charge
BOM = biopsie	aigüe myéloïde	nique		PL = ponction
ostéomédullaire	LBDGC = lym-	MG = myélo-		lominaire
CECOS = centre	phome B diffus à	gramme		VVC = voie vei-
d'étude et de	grandes cellules	MM = myélome		neuse centrale
conservation des	LF = lymphome	multiple		VVP = voie vei-
ovocytes et du	folliculaire	NTBR = « <i>not to</i>		neuse périphé-
sperme humain	LH ou LNH =	<i>be reanimated</i> »		rique
CIVD = coagula-	lymphome hodg-	(<i>ne pas réanimer,</i>		SAM = syndrome
tion intravascu-	kidien ou non h.	<i>soins de confort</i>)		d'activité macro-
laire disséminée	LLC = leucémie	PAC =		phagique (com-
LAL = leucé-	lymphoïde chro-	port-à-cath (<i>port</i>		plication chimio/
mie aigüe lym-	nique	<i>à cathéter</i>)		lymphome)
phoblastique	LMC = leucémie	PEC = prise en		





RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Moelle osseuse : centre de production des cellules du sang. Une cellule souche unique se divise et se différencie pour produire la totalité des cellules sanguines en fonction des différents signaux de différenciation en distinguant 2 lignées principales :

- Lignée lymphoïde -> lymphocytes

- Lignée myéloïde -> globules rouges, plaquettes, monocytes - macrophages, polynucléaires (*baso-neutro-éosinophile*)

Elle se retrouve dans les os plats majoritairement (*sternum et os coxaux*)

Les anomalies des cellules souches ou toute perturbation dans le processus de différenciation/production entraînent les pathologies dites «hématologiques»



PRINCIPALES PATHOLOGIES

Lymphomes : les cellules cancéreuses (*types LB ou LT*) se retrouvent dans les ganglions et les autres structures lymphoïdes (*rate ++*), généralement peu sécrétantes. La symptomatologie dépend du degré de différenciation de la cellule cancéreuse et de la taille des masses

Plusieurs types de lymphomes : B, hodgkinien ou non hodgkinien -> LBDGC, lymphome de Burkitt (*urgence car agressif*), lymphome du manteau, folliculaire... ou T (< 20 % des lymphomes, moins bon pronostic)



Myélomes : les cellules cancéreuses (*type plasmocytes*) se retrouvent dans la moelle et sont très actives (*environnement favorable*) -> production Ig/Ac

Il existe aussi des myélomes indolents (*pas de critère CRAB*)

Myélome multiple MM -> diagnostiqué par critères **CRAB** (*hyperCa, insuffisance Rénale, Anémie, Bones (lésions osseuses)*) et pic monoclonal en gamma (*immunoglobuline IgM ou IgA*) ou sans pic (*chaînes légères lamda ou kappa, myélome type urinaire*)

Leucémie aiguë : excès de blastes (*bloqués stade précoce différenciation*) dans la moelle -> insuffisance médullaire = anémie, leucopénie, thrombopénie



INTERROGATOIRE

Motif d'hospitalisation (**MdH**) et histoire de la maladie (**HdM**)

Mode de vie : profession, intoxication alcoololo-tabagique et autres, voyage (*+++ même si voyage ancien car l'aplasie peut permettre à certains virus ou parasites de se réactiver*)

ATCD familiaux et personnels, médicaux, chirurgicaux et gynéco (*cancers, hémopathies, diabète, grossesses, ménopause...*)

Traitement en cours, allergie ou intolérance

Recherche de symptômes : AEG, perte de poids (*> 10% en 6 mois*), sueurs nocturnes, douleurs osseuses, prurit, paresthésies, fièvre, score OMS (*score d'autonomie*)...

EXAMEN PHYSIQUE

Réévaluation de l'état de santé et de la tolérance aux TTT

Palpation des **aires ganglionnaires** (*cervicales axillaires et inguinales principalement*)

Abdo : recherche d'une hépato-splénomégalie (*foie dans l'hypochondre droit, rate dans l'hypochondre gauche*), recherche d'une masse digestive, constipation, bruits hydro-aériques, vomissements

ORL : vérifier les amygdales et mucite (*aplasie ++*)

Neuro : surtout si compression médullaire (*cas typique d'un MM avec atteinte osseuse*) ou atteinte méningée (*hypoesthésie sur la coupe du menton, diplopie, paralysie faciale centrale*)

Infectio : recherche d'un point d'appel infectieux si fièvre, vérifier VVC

Vascu : rechercher un syndrome cave sup (*TOCTOC = Turjescence jugulaire, Oedème en pèlerine, Cyanose faciale, Télangiectasies, Oedème cérébral hypertensif, Circulation collatérale basi-thoracique cavo-cave*)

Pour l'examen de la **rate** -> placer sa main sous le grill costal, demander au patient de respirer profondément. Lors de l'expiration, bloquer la main sous le grill, et lors de l'inspiration, le diaphragme abaissant la rate, celle-ci peut venir frapper votre main

/!\ une rate non pathologique n'est pas palpable /!\



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Bio : NFS/plaquettes (*aplasie, anémie ?*), LDH (*marqueur masse tumorale*), bilan rénal et hépatique, hémostase (*recherche CIVD*), CRP (*inflammation*)

PL : pour analyse du LCR (*taux de cellules anormales pour caractériser une atteinte méningée*), ou pour ttt prophylactique avec injection intrathécale de chimiothérapie

MG : ponction de moelle osseuse au niveau sternal, pour voir si anomalies qualitatives et/ou quantitatives (*moelle riche en cellules ou pauvre*), recherche d'une infiltration médullaire si lymphome ainsi qu'une analyse cytogénétique avec souvent une virologie en supplément

BOM : plus invasif, consiste à prendre une carotte d'os + moelle au niveau de la crête iliaque pour analyse de l'architecture de la moelle et recherche d'une infiltration médullaire



THÉRAPEUTIQUES

Traitement étiologique : protocole de chimiothérapie/immunothérapie

Autres traitements : traitement symptomatique, antiémétiques, facteur de croissance pour réduire le temps d'aplasie, antibiotiques (ATB) pour prévenir les infections + en cas d'aplasie fébrile

NOTES

