Conseils cliniques: Gestion de l'AHMA chez les patients en oncologie

Message de la rédactrice :

Étant donné que l'auteure va présenter l'atelier à la conférence de l'ACIO/CANO de septembre 2011 tel qu'indiqué ci-dessous, nous avons inclus cet article dans le numéro d'été à titre de contribution spéciale afin que les membres puissent le consulter avant la tenue de la conférence.

Remarque de l'auteure :

Venez me rejoindre à la conférence 2011 de l'ACIO/CANO qui aura lieu à Halifax, N.-É. J'y présenterai «Oncology Emergencies: A collaborative nursing workshop» [Urgences oncologiques: atelier infirmier en collaboration] où nous nous efforcerons, ensemble, de mieux comprendre les urgences oncologiques à la fois courantes et moins courantes. L'AHMA, la coagulation intravasculaire disséminée et la PTT ne seront que quelques-unes des crises cliniques que j'aborderai, veuillez donc à vous inscrire à la conférence et à vérifier dans le programme les détails relatifs à cet atelier interactif et informatif! J'ai hâte de vous y voir!

par Jennifer Stephens

Dans sa version anglaise («MAHA»), l'acronyme AHMA fait plus penser à un type de poisson que l'on servirait dans un bar à sushi qu'une grave urgence oncologique. Ce fut très tôt dans ma carrière en oncologie qu'un médecin tout agité m'a dit que mon patient «avait de l'AHMA». Je croyais que cela voulait dire qu'il mangeait son souper, alors je ne comprenais pas bien pourquoi on en faisait tout un plat. Je suis allée voir le patient pour prendre des nouvelles de son AHMA. Cela devait avoir une bonne saveur! Le patient était assis sur son lit et avait un mal extrême à respirer. Il avait les sclères tachées de sang et lorsque je me suis penchée pour saisir la pince nasale afin de le mettre sous oxygène, la pression de mon corps contre le sien a causé chez lui un hématome spontané. J'ai réalisé, horrifiée, que la situation n'avait rien à voir avec le poisson! Il est important que les infirmières en oncologie sachent bien ce qu'est l'AHMA et que ce n'est pas au menu des restaurants qu'elle figure.

Plusieurs populations de patients en oncologie peuvent être atteintes d'AHMA (également connue en anglais par un deuxième acronyme «CA-MHA»); il importe donc de connaître les rapports qu'elle entretient avec d'autres affections avec lesquelles l'infirmière en oncologie pourrait être plus familière telles que la

coagulation intravasculaire disséminée (CID) et le purpura thrombopénique thrombotique (PTT). La CID et le PTT sont des types d'affections microangiopathiques, un terme qui décrit bien les troubles liés à la coagulation dans lesquels l'endothélium des vaisseaux est lésé par des thromboses microscopiques se formant un peu partout dans l'organisme. Celles-ci obstruent les vaisseaux sanguins de petite taille, créant par là même un dangereux champ de mines dans lequel les cellules rouges à venir auront bien du mal à cheminer.

L'acronyme «AHMA» correspond à *anémie hémolytique microangiopathique*. Dans ce terme, *micro* signifie «petit» et, bien sûr, *angio* se rapporte aux vaisseaux sanguins. En cas d'AHMA, la couche endothéliale des petits vaisseaux sanguins est parsemée de morceaux de la gaine de fibrine et d'autres fragments de cette substance. Considérez la fibrine comme étant les troncs éclatés d'arbres emportés par le courant lors d'une crue lesquels viennent s'amonceler contre tous les obstacles restreignant l'écoulement des flots. Cela donne une toile chaotique qui, dans le cas présent, vient littéralement fendre les globules rouges circulant dans les vaisseaux. Cette action se traduit par deux résultats. Tout d'abord, l'hémolyse (destruction) des globules rouges produit des schistocytes. Ayant pour racine le mot grec *schistos* qui veut dire «divisé», ces derniers sont tout simplement des fragments de globules rouges. Il est évident que les schistocytes sont de forme irrégulière et asymétrique et ont les bords acérés. Ensuite, l'hémolyse des globules rouges provoque l'anémie, dont la définition est la diminution du nombre de globules rouges ou l'absence d'hémoglobine fonctionnelle. C'est pour ces raisons que l'on considère l'AHMA comme une anémie hémolytique acquise.

L'AHMA est particulièrement associée aux patients présentant des cancers avancés, aux patients d'hématologie ayant une leucémie aiguë promyélocytaire (LAP) et aux patients recevant des autogreffes de cellules souches hématopoïétiques (ACSH), notamment des transplantations allogéniques (Elliott et al., 2010). Les patients en oncologie porteurs de tumeurs solides et recevant des agents

Au sujet de l'auteure

Jennifer Stephens, inf., B.Sc.inf., M.A., ONC, Ph.D. (candidate),
Programme de leucémie/greffe de moelle osseuse, Vancouver
General Hospital (VGH)—Jim Pattison Pavilion, et Université de la
Colombie-Britannique, École de sciences infirmières.
Courriel: jmls@interchange.ubc.ca

antinéoplasiques tels que la mitomycine C, le cisplatine, la gemcitabine et les inhibiteurs du facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF) courent un risque plus élevé (Levi, 2009). De plus, le carcinome peut lui-même libérer des facteurs interrompant la coagulation et ainsi déclencher un processus pathologique aboutissant à l'AHMA (Fontana et al., 2001). Les effets secondaires des traitements oncologiques, notamment l'immunosuppression, peuvent entraîner une septicémie à bactéries gram-négatifs (telle que l'*Escherichia coli*), une cause notoire du chaos de coagulation et du risque accru de CID.

Bon nombre des signes et symptômes de l'AHMA sont bien connus des infirmières en oncologie. L'AHMA résulte de troubles de la coagulation tels que la CID et la PTT et peut ne pas se distinguer d'eux lors de l'évaluation initiale (Francis et al., 2007; Oberic et al., 2009). Une surveillance étroite de la fonction de coagulation des patients susceptibles d'être atteints de ces troubles constitue le premier niveau d'intervention infirmière (et médicale). Les patients en oncologie peuvent manifester des signes et symptômes tels que fatigue, maux de tête, confusion, léthargie, pâleur, hématurie, douleur abdominale. Des symptômes respiratoires comme la tachypnée (accélération du rythme respiratoire), la dyspnée (difficulté à respirer), l'hypoxie (diminution de la quantité d'oxygène dans les tissus) et l'essoufflement sont les signes les plus courants de l'AHMA (Elliott et al., 2010). Les signes visibles de l'AHMA incluent les pétéchie (petites taches rouges sur la peau) et les ecchymoses spontanées (bleus), notamment sur les jambes et le torse. Ceux-ci révèlent des microsaignements surabondants associés à la destruction des plaquettes et la thrombocytopénie (le faible nombre de plaquettes) ultérieure. Les analyses diagnostiques révéleront de faibles taux de plaquettes et de globules rouges parce que ces cellules sont soit détruites (AHMA) soit utilisées dans le cadre de la coagulation sans entraves (CID). Les patients atteints d'AHMA présenteront également des taux élevés de produits de dégradation de la fibrine (PDF), de D-dimères, une valeur élevée pour le temps de Quick/rapport international normalisé et enfin, un taux réduit de fibrinogène (majoritairement converti en fibrine). Bien entendu, le médecin constatera la présence de schistocytes sur les frottis sanguins.

Comme c'est le cas dans beaucoup d'interventions en oncologie, le traitement de l'AHMA inclut, entre autres, avoir conscience de ce qui *pourrait* se passer. J'aime bien appeler cet exercice de planification *divination de l'avenir*, parce que les infirmières examinent ce que le patient a déjà subi pour se livrer à la divination. En tant

que travailleuses de première ligne, nous sommes extrêmement conscientes de la responsabilité qui nous incombe de déclencher le plus tôt possible les thérapies médicales nécessaires. La sécurité des patients atteints d'AHMA est capitale et il convient de prêter une attention particulière lorsqu'on aide les patients au niveau de l'ambulation et des activités afin d'éviter toute lésion des tissus par le biais de coupures ou d'écorchures. Dans la majorité des cas, les patients ayant l'AHMA seront admis à l'hôpital (s'ils ne s'y trouvent pas déjà) et le transfert à une unité de soins intensifs doit être considéré si leur état est instable tandis qu'ils sont dans une unité de soins de courte durée.

Les anticoagulants ne sont généralement pas une option valable puisque c'est très tôt dans le processus menant à l'AHMA que les facteurs de coagulation et les plaquettes s'épuisent. On peut prescrire des transfusions de plaquettes, de globules rouges et de plasma frais congelé (contenant des facteurs de coagulation). Pour les cas avancés, on pensera faire appel à l'échange de plasma ou à la dialyse rénale. L'administration de liquides par voie intraveineuse ainsi que l'oxygénothérapie constituent les interventions immédiates ayant pour but de fournir réconfort et soutien au patient. Il est important d'arrêter ou de s'efforcer d'arrêter tout saignement et j'ai vu des situations où les patients atteints d'AHMA devaient subir une inhalation de cocaïne ou un tamponnement nasal intensif afin d'arrêter (ou de ralentir) l'épistaxis. On prescrira des examens de laboratoire fréquents et on surveillera étroitement les patients pour toute nouvelle apparition des symptômes. Une nouvelle thérapie du nom de Xigris (drotrecogine alfa), une protéine C activée recombinante humaine qui a des propriétés profibrinolytiques, pourrait constituer un rayon d'espoir pour les patients atteints de CID et d'AHMA.

L'éducation du patient et de son réseau de soutien relativement à ce qui lui arrive et à ce que l'équipe médicale s'efforce de faire afin de s'en occuper est une responsabilité que les infirmières embrassent volontiers. La peur, l'anxiété et la frustration peuvent exacerber les symptômes de l'AHMA. Malheureusement, le pronostic est sombre pour les patients en oncologie en phase avancée ayant une AHMA. Les écrits scientifiques rapportent une étendue plutôt vaste pour les taux de mortalité mais le constat général est que ceux-ci tournent autour de 70% pour cette population (Elliott et al., 2010, 49). Des interventions immédiates ainsi qu'une bonne aptitude à la divination semblent être la meilleure façon de prévenir et éventuellement de prendre en charge toute survenue de l'AHMA. ☒

Références

- Elliott, M.A., Letendre, L., Gastineau, D.A., Winters, J.L., Pruthi, R.K., & Heit, J.A. (2010). Cancer-associated microangiopathic hemolytic anemia with thrombocytopenia: an important diagnostic consideration. *European Journal of Haematology*, 85(1), 43-50.
- Fontana, S., Gerritsen, H.E., Kremer Hovinga, J., Furlan, M., & Lammler, B. (2001). Microangiopathic haemolytic anaemia in metastasizing malignant tumours is not associated with a severe deficiency of the von Willebrand factor-cleaving protease. *British Journal of Haematology*, 113, 100-2.
- Francis, K.K., Kalyanam, N., Terrell, D.R., Vesely, S.K., & George, J.N. (2007). Disseminated malignancy misdiagnosed as thrombotic thrombocytopenic purpura: a report of 10 patients and a systematic review of published cases. *Oncologist*, 12, 11-9.
- Goldberg, R.J., Nakagawa, T., Johnson, R.J., & Thurman, J.M. (2010). The role of endothelial cell injury in thrombotic microangiopathy. *American Journal of Kidney Disease*, 56(6), 1168-1174.
- Levi, M. (2009). Disseminated intravascular coagulation in cancer patients. *Best Practices in Clinical Haematology*, 22, 129-36.
- Oberic, L., Buffeta, M., Schwarzingerb, M., et al. (2009). Cancer awareness in atypical thrombotic microangiopathies. *Oncologist*, 14, 769-79.
- Rank, A., Nieuwland, R., Toth, B., Pihusch, V., Delker, R., Hiller, E., Kolb, H., & Pihusch, R. (2011). Microparticles for diagnosis of graft-versus-host disease after allogeneic stem transplantation. *Transplantation*. [Epub ahead of print]