

14

Soins de support, éthique, sciences humaines

14-01 MOOC « Comprendre le myélome et vivre avec » : premiers enseignements et perspectives

B. Delcour^{*1}, O. Decaux², M. Macro³, P. Moreau⁴, H. C.⁵, A. Talbot⁶, K. Kraeuter⁷, S. Glaisner⁸

¹ Président, AF3M, Lille ; ² Médecine interne, CHU de Rennes, Rennes ; ³ Service d'hématologie clinique, CHU Caen, Caen ; ⁴ Service d'hématologie clinique, Hôtel-Dieu, Nantes ; ⁵ Hématologie, Hôpital Haut-Lévêque CHU, Bordeaux ; ⁶ Cytologie, Hôpital Necker, Paris ; ⁷ Oncopsychologue, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny ; ⁸ Hématologie, René Huguenin, Institut Curie, Saint-Cloud

Introduction. Le MOOC « Comprendre le myélome et vivre avec » répond aux attentes exprimées par de nombreux malades du myélome et leurs proches :

- besoin d'information scientifiquement validée sur la maladie et les traitements ;
- besoin d'être soutenus et accompagnés afin de mieux faire face aux traitements et à leurs conséquences, notamment à la fatigue, la douleur et aux changements de comportements (psychologiques, sociaux, professionnels).
- besoin de pouvoir échanger/partager sa propre expérience entre pairs et avec des experts.

Patients et méthodes. Ce MOOC interactif et tutoré par des pairs, bénévoles de l'AF3M, a été réalisé en partenariat avec un groupe d'une trentaine de professionnels de santé, notamment les hématologues de l'IFM. Le projet a été conduit par un comité de pilotage, constitué en équipe projet réunissant une dizaine de malades et proches, bénévoles de l'AF3M et les ingénieurs pédagogiques multimédia www.drspoc.com de l'entreprise HBMotion.

Le **parcours pédagogique** comporte cinq modules, découpés en une quinzaine d'étapes, échelonnées sur une durée de 8 semaines pour chaque session. Il s'appuie sur l'important fond documentaire de l'AF3M, notamment les vidéos présentées lors des Journées Nationales d'information sur le myélome (JNM), des témoignages filmés, du contenu du site internet et des bulletins trimestriels AF3M, de divers fonds documentaires.

À l'issue de chaque module, les participants peuvent assister à une **webconférence thématique**, animée par un professionnel de santé et un représentant de l'AF3M où ils peuvent poser leurs **questions en direct** et par chat.

Résultats. Depuis le lancement de ce MOOC en octobre 2017, trois sessions ont été organisées et ont permis à plus de **600 malades et proches** de suivre le programme proposé, dont plus d'un tiers l'ont suivi en totalité.

Ces trois sessions ont donné lieu à de très nombreux échanges entre les participants et avec la quinzaine de tuteurs bénévoles AF3M chargés de leur répondre et de les encourager. Au total ce sont plus de plus de **7 500 contributions** qui ont été publiées.

Depuis la deuxième session, les tuteurs sont accompagnés et soutenus **par une oncopsychologue** afin de leur permettre de mieux faire face aux situations d'urgence détectées.

Les webconférences ont rencontré un vif succès, elles ont réuni en moyenne une **centaine de participants**, sont consultées largement en replay.

Au-delà des compétences acquises par les participants tant en termes de savoir, savoir-faire et savoir être, **97 % des participants** se sont déclarés très satisfaits du programme proposé, et autant l'ont jugé très utile.

Conclusion. Notre communication aura pour objectif de montrer en quoi le MOOC :- s'inscrit dans une démarche d'éducation thérapeutique, avec des effets d'échelle ;
- au-delà des informations apportées, est source d'apaisement et de réassurance pour les malades et leurs proches ;
- est de nature à faciliter la pratique des médecins hématologues et des professionnels de santé au quotidien ;
- est vecteur de progrès, d'apports pour l'AF3M.

14-02 Méta-analyse des résultats pharmacocinétiques/ pharmacodynamiques de phase I pour un biosimilaire proposé du pegfilgrastim

R. Nakov¹, J. Wang², Y.M. Chen², A. Bellon^{*3}, S. Gattu⁴, A. Krendyukov⁵, Y. Li²

¹ Développement clinique, hématologie, Hexal AG, Holzkirchen, Allemagne ; ² Biostatistique, Sandoz Inc., Princeton, NJ, États-Unis ; ³ Pharmacologie, Hexal AG, Holzkirchen, Allemagne ; ⁴ Développement clinique, biopharmaceutique, Hexal AG, Holzkirchen, Allemagne ; ⁵ Oncologie médicale/hématologie, Hexal AG, Holzkirchen, Allemagne

Introduction. Le pegfilgrastim (PEG) est largement utilisé dans la prévention de la neutropénie chimio-induite (NCI). Les biosimilaires pourraient améliorer la pérennité des soins du cancer. Le biosimilaire proposé du PEG de Sandoz a été évalué dans des études de phase I et III [1]. La présente méta-analyse exploite les données de deux études de phase I [2].

Résultats. Les intervalles de confiance (IC) combinés des rapports des moyennes géométriques pour les paramètres pharmacocinétiques (PK) et pharmacodynamiques (PD) primaires étaient tous compris dans les marges prédéfinies. La sécurité, la tolérance et l'immunogénicité sont comparables

		Moyenne géométrique combinée		Rapport combiné
		Biosimilaire proposé	Référence européen	Biosimilaire proposé vs référence européen
Paramètres PK (IC de 90 %)				
AUC0-last (ng × h/ml)	N Moyenne géométrique [IC]	93 + 169 6 823 [6 122-7 603]	93 + 169 6 034 [5 404-6 738]	1,1385 [1,0606-1,2221]
AUC0-inf (ng × h/ml)	N Moyenne géométrique [IC]	92 + 168* 6 973 [6268-7757]	93 + 168* 6 183 [5560-6876]	1,1335 [1,0570-1,2156]
Cmax (ng/ml)	N Moyenne géométrique [IC]	93 + 169 196 [178-216]	93 + 169 180 [163-198]	1,0994 [1,0265-1,1774]
Paramètres PD (IC de 95 %)				
AUEC0-last (10 ⁹ × h/l)	N Moyenne géométrique [IC]	93 + 169 4 986 [4 855-5 121]	93 + 169 4 952 [4 816-5 093]	1,0119 [0,9959-1,0281]
E _{max} (10 ⁹ /l)	N Moyenne géométrique [IC]	93 + 169 36,4 [35,3-37,5]	93 + 169 36,2 [35,1-37,2]	0,9981 [0,9790-1,0175]

*Une AUC0-inf pour un sujet de l'étude 2 n'a pu être calculée du fait d'une extrapolation > 20 %

entre le candidat biosimilaire et le PEG de référence européen chez les volontaires sains (données non présentées).

*Une AUC_{0-∞} inf pour un sujet de l'étude 2 n'a pu être calculée du fait d'une extrapolation > 20 %

Conclusion. Cette méta-analyse confirme la similarité PK/PD entre le candidat biosimilaire proposé de Sandoz et le PEG de référence européen. Aucune différence cliniquement significative n'a été observée en matière de sécurité, de tolérance ou d'immunogénicité. Le candidat biosimilaire de Sandoz représente une option viable pour la prise en charge de la NCI.

14-03 Déterminants des performances physiques à moins d'un an d'une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques : une étude rétrospective à propos de 59 patients

V. Pinelli^{*1}, P. Marque², A. Huynh³, M. Labrunée²

¹ Oncoréhabilitation, Institut Universitaire du Cancer Toulouse Oncopole, Toulouse ; ² Médecine physique et de réadaptation, CHU Rangueil, Toulouse ; ³ Hématologie, Institut Universitaire du Cancer Toulouse Oncopole, Toulouse

Introduction. L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (allo-HSCT) est le seul traitement curatif de plusieurs hémopathies malignes. C'est un traitement lourd, basé sur une polychimiothérapie de haute intensité parfois associée à de la radiothérapie. Ce traitement a permis d'augmenter l'espérance de vie des patients atteints de leucémie aiguë et d'autres hémopathies malignes. Toutefois plusieurs effets secondaires existent, notamment une diminution des capacités physiques et de la qualité de vie. La profondeur de ces altérations présente des variabilités interindividuelles, aujourd'hui sans que les facteurs prédictifs n'aient été mis en évidence. L'objectif de notre étude est de caractériser précisément la performance physique des patients à moins d'un an de l'allo-HSCT par une épreuve d'effort cardio-respiratoire (CPET) et de déterminer les facteurs prédictifs de cette performance.

Matériels et méthodes. Nous avons réalisé une analyse rétrospective à partir de 59 patients traités par allo-HSCT au sein du département d'Hématologie, et ayant bénéficié d'une évaluation par CPET, entre janvier 2015 et septembre 2017. La CPET a été réalisée sur un cycloergomètre avec analyseur des échanges gazeux (Masterscreen CPX CareFusion, San Diego, USA), un ECG 12 dérivations continu, et un monitoring de la tension artérielle. Le protocole débutait par une période de repos de 2 minutes, suivie d'un échauffement de 2 minutes à 20 W, suivi d'une période de charge avec incrémentation de 10 W/minute jusqu'à épuisement, puis 2 minutes de récupération active à 20 W, et enfin 2 minutes de repos complet. Trois marqueurs ont été analysés : la consommation maximale d'oxygène (pic VO₂), la pente VE/VCO₂, et le premier seuil ventilatoire (VT1). Les données relatives au conditionnement, aux complications à court terme, aux déficiences le jour de la CPET, et à l'activité physique réalisée depuis le geste d'allo-HSCT ont été recueillies. Les limitations d'activité ont été évaluées à l'aide de l'échelle de Mesure d'Indépendance Fonctionnelle (MIF).

Résultats. Après l'allo-HSCT, environ ¾ des patients décrivent une fatigue, ½ une dyspnée, et ¼ une douleur, ou une déficience musculaire, neurologique, ou psychologique. Plus de 60 % des patients étaient atteints d'intolérance modérée à sévère à l'effort, particulièrement après utilisation d'un conditionnement myéloablatif. Seulement 37 % des patients ont réalisé une rééducation supervisée par un kinésithérapeute. L'activité physique non supervisée a été pratiquée par 87 % des patients. Malgré des évaluations fonctionnelles respiratoires et une échocardiographie normale chez presque tous les patients, nous avons retrouvé une intolérance à l'effort chez 80 % d'entre eux, un déconditionnement à l'effort chez 85 %, et une atteinte de l'efficacité ventilatoire chez 55 %. Les patients avec une intolérance modérée à sévère à l'effort étaient significativement plus jeunes au diagnostic et au geste, de même que les ceux présentant un déconditionnement sévère.

Conclusion. Nous rapportons dans cette étude rétrospective pour la première fois les résultats complets d'une analyse par CPET et l'évaluation détaillée des déficiences et limitations d'activité dans la première année après allo-HSCT. Les résultats confirment que la diminution des capacités physiques est très fréquente, avec plus d'un patient sur deux présentant une altération d'au moins un des marqueurs de performance physique, et ce malgré une activité physique importante.

14-04 Désir d'échanger et de transmettre autour du prendre-soin : une dynamique d'équipe

C. Raynal^{*1}, S. Moreau², M. Feille³, S. Trarieux-Signol⁴, D. Bordessoulle⁵, A. Jaccard⁶

¹ Hématologie, Chu LIMOGES, Limoges ; ² Hématologie, CHU Limoges Hôpital Dupuytren, Limoges ; ³ Hématologie, CHU Limoges, Limoges ; ⁴ Hématologie clinique et thérapie cellulaire, CHU de Limoges Dupuytren, Limoges ; ⁵ Service d'hématologie clinique et de thérapie cellulaire, CHU Limoges, Limoges ; ⁶ Hématologie clinique, CHU Limoges, Limoges

Introduction. Malgré les progrès thérapeutiques, les services d'hématologie restent confrontés à la prise en charge complexe de patients en situation palliative. Là où s'entremêlent curatif et palliatif, la complémentarité de la démarche palliative est nécessaire. Face aux complexités régulières des prises en soin, du renouvellement des équipes paramédicales est née l'idée de mettre en place des sessions d'information et de réflexion sur le sens du soin, sous l'impulsion d'une soignante.

Matériels et méthodes. Étude monocentrique menée auprès de l'ensemble équipe paramédicale et de soins de support d'un service d'hématologie, entre mars à juin 2017, dans le cadre d'un mémoire de diplôme interuniversitaire d'accompagnement et de soins palliatifs.

Modalité : mise en place de 13 espaces de réflexion dont 1 la nuit, de 1 heure, autour de 4 thèmes (sédation, douleur, soins et éthique) suivi d'une évaluation de satisfaction anonyme à l'issue de chaque séance. Une infirmière formée en soins palliatifs animait les séances.

Résultats. Participation de 73 % (n = 41/56) de l'équipe (68 % infirmiers, 86 % aides-soignants, 100 % cadres de santé (n = 2/2)). 34% ont eu une formation institutionnelle et 7 % un DU ou DIU soins palliatifs ; leur ancienneté dans le service < 2 ans est de 35 %.

Sur une échelle de 0 à 5, 73 % (n = 52/71) ont ressenti une augmentation du sentiment de capacité après la mise en place du comité, pour une prise en soins palliatifs en fonction des thèmes.

Ils ont évalués ces temps d'échange par une note moyenne de 8,25/10. Nombre de participants par séance entre 4 à 10 personnes.

Les répondants ont souligné l'utilité des temps d'information et d'échange permettant d'augmenter leur sentiment de capacité pour prendre soins et anticiper les situations futures. Ils ont apprécié la qualité des échanges ainsi que l'actualisation des connaissances par le biais des recommandations de bonnes pratiques. Le besoin d'information était aussi important que le besoin d'échanger. Les axes à améliorer reposent d'une part sur la pérennité de ce type d'action et leur inclusion dans le temps de travail et surtout sur un élargissement de la pluridisciplinarité.

Discussion. Que l'on soit formé ou non, expérimenté ou non, l'actualisation des connaissances, la réflexion et les échanges sur le sens du soin sont non seulement un besoin pour les soignants mais une source de cohésion au profit de l'équipe. Cette étude permet de rappeler l'importance de la transmission des savoirs théoriques et pratiques.

Les axes à améliorer reposent d'une part sur la pérennité de ce type d'action et leur inclusion dans le temps de travail et surtout sur un élargissement de la pluridisciplinarité.

Conclusion. La promotion de la démarche palliative peut prendre la forme de comité de retour d'expérience proposé dans cette étude, sous forme d'informations et d'échange. Cette démarche participative est au profit des professionnels mais surtout pour une meilleure cohésion et harmonisation de la prise en soin pour le patient et de son entourage.

14-05 Analyse de la sécurité d'un candidat biosimilaire du pegfilgrastim dans des études de phase I et de phase III

N. Harbeck¹, J. Wang², G. Otto^{*3}, A. Krendyukov⁴

¹ Département de cancer du sein d'obstétrique et de gynécologie et ccclmu, Université de Munich, Munich, Allemagne ; ² Biostatistique, Sandoz Inc., Princeton, NJ, États-Unis ; ³ Oncologie clinique, Hexal AG, Holzkirchen, Allemagne ; ⁴ Oncologie médicale/hématologie, Hexal AG, Holzkirchen, Allemagne

Introduction. Les facteurs de stimulation des colonies de granulocytes (G-CSF), dont le filgrastim et sa forme à durée d'action prolongée, le pegfilgrastim (PEG), sont largement utilisés dans la prévention de la neutropénie chimio-induite chez les patients soumis à une chimiothérapie cytotoxique. Les douleurs osseuses sont l'événement indésirable (EI) le plus souvent rapporté lors d'utilisation de G-CSF. Chez les patients cancéreux recevant du PEG, l'incidence des douleurs osseuses est comprise entre 25 et 38 %, contre 52 à 84 % chez les volontaires sains (VS). Cette étude compare les données de sécurité du candidat biosimilaire PEG de Sandoz et du PEG de référence issues d'études de phase I (étude 103) [1] et III (PROTECT-1 et 2) [2].

Résultats. Les différences des caractéristiques à l'inclusion entre l'étude 103 et PROTECT comprenaient un âge plus jeune, un IMC plus bas et la présence d'hommes dans l'étude 103 (voir tableau). Les douleurs osseuses liées au traitement ont été rapportées chez 58 % (biosimilaire) et 53 % (référence) des patients de l'étude 103 (Risque Relatif [RR], 1,10 ; Intervalle de Confiance [IC], 0,93-1,30), 4,4 % (biosimilaire) et 5,1 % (référence) des patientes de PROTECT-1 (RR, 1,15 ; IC, 0,40-3,35) et 4,5 % (biosimilaire) et 8,5 % (référence) des patientes de PROTECT-2 (RR, 0,53 ; IC, 0,22-1,30). Les céphalées liées au traitement ont été rapportées chez 57 % (biosimilaire) et 56 % (référence) des patients de l'étude 103 (RR, 1,02 ; IC, 0,87-1,20), 1,3 % (biosimilaire) et 1,9 % (référence) des patientes de PROTECT-1 (RR, 0,66 ; IC, 0,11-3,89) et 1,9 % (biosimilaire) et 2,0 % (référence) des patientes de PROTECT-2 (RR, 0,99 ; IC, 0,20-4,81). La plupart des EI ont été légers dans l'étude 103 et légers/modérés dans les études PROTECT-1 et 2.

	Étude 103	PROTECT-1	PROTECT-2
	VS	Patientes CS	Patientes CS
Âge, moyenne (écart-type)			
Candidat biosimilaire	26,7 (7,35)	49,9 (9,53)	48,8 (10,50)
Référence		50,5 (10,87)	49,1 (10,07)
Sexe féminin, n (%)			
Candidat biosimilaire	67 (36)	159 (100)	155 (100)
Référence		157 (100)	153 (100)
Indice de masse corporelle, moyenne (écart-type)			
Candidat biosimilaire	23,9 (2,17)	27,5 (5,67)	26,6 (5,77)
Référence		27,4 (5,60)	26,5 (5,13)

Conclusion. Les événements indésirables, dont les douleurs osseuses, étaient comparables après administration du candidat biosimilaire et du PEG de référence dans toutes les études. Les études pivot de phase I et de phase III confirment que le candidat biosimilaire présente une sécurité et une efficacité équivalentes au PEG de référence.

14-06 Évaluation de la corrélation entre la fatigue et la qualité de vie chez des patients atteints d'un cancer hématologique recevant un biosimilaire de l'époétine alfa pour traiter une anémie chimio-induite : l'étude CROCO

K. Laribi^{*1}, P. Rodon², E. Kfoury³, M. Hacini⁴, RF. Soumoudronga⁵, S. Choquet⁶

¹ Hématologie clinique, Centre Hospitalier du Mans, Le Mans ; ² Hématologie, Centre Hospitalier de Périgueux, Périgueux ; ³ Hématologie, Centre Hospitalier Dubois Brive, Brive-la-Gaillarde ; ⁴ Hématologie, Centre Hospitalier Métropole Savoie, Chambéry ; ⁵ Recherche clinique, Sandoz S. A.S, Paris ; ⁶ Hématologie clinique, AP-HP, Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière, Paris

Introduction. L'anémie est fréquente chez les patients atteints de cancer traités par chimiothérapie. Les symptômes d'anémie, dont le plus courant est la fatigue, peuvent compromettre fortement la qualité de vie (QV) des patients qui en sont victimes. Déterminer l'existence d'une corrélation entre la fatigue et la QV chez les patients atteints d'un cancer hématologique recevant un biosimilaire de l'époétine alfa (Sandoz) pour traiter une anémie chimio-induite (ACI).

Patients et méthodes. Cette étude était un essai multicentrique, prospectif, non interventionnel mené en France (66 centres). Les principaux critères d'inclusion étaient les suivants : âge > 18 ans ; ≥ 2 cycles de chimiothérapie programmés après l'inclusion dans l'étude ; ACI et prise d'un traitement par un biosimilaire de l'époétine alfa. Les données ont été recueillies le premier jour du premier cycle de chimiothérapie (inclusion ; T0), après 2 à 3 cycles de chimiothérapie (suivi ; T1) et après 4 à 6 cycles de chimiothérapie (fin du suivi ; T2). La fatigue (résultat rapporté par le patient) a été mesurée à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA ; plage de 0 à 10) et la QV a été évaluée au moyen du questionnaire QLQ-C30 de l'EORTC.

Résultats. Les données sont présentées pour un sous-groupe de patients atteints d'un cancer hématologique (population d'analyse de l'ensemble des patients randomisés et traités, n = 104) : lymphome non hodgkinien, n = 48 ; myélome multiple, n = 28 ; leucémie lymphoïde chronique, n = 18 ; lymphome hodgkinien, n = 7 ; autre, n = 3. À T0, les types de chimiothérapie comprenaient : traitement d'induction, n = 87 ; traitement de consolidation, n = 2 ; traitement de rattrapage après rechute, n = 15. Le taux d'hémoglobine moyen (écart-type [É-T]) à l'inclusion était de 9,5 (± 0,9) g/dL. L'augmentation moyenne (É-T) du taux d'hémoglobine était de 1,3 (± 1,8) g/dL entre T0 et T1 et de 0,7 (± 1,4) g/dL entre T1 et T2. Des améliorations de la fatigue et de la QV ont été observées : la variation moyenne (É-T) du score de fatigue sur l'EVA était de -37,2 (± 76,6) % entre T0 et T2 et l'amélioration moyenne (É-T) de la QV de 58,6 (± 88,4) % entre T0 et T2. Le coefficient de corrélation de Pearson pour la fatigue et la QV était de -0,255 à T0 (p = 0,0001), -0,6459 à T1 (p < 0,0001) et -0,7910 à T2 (p < 0,0001). L'évaluation de la fatigue par les médecins était conforme à la perception des patients à T0 (5,1 ± 1,7 contre 4,7 ± 2,3), à T1 (4,1 ± 2,1 contre 4,3 ± 2,2) et à T2 (3,1 ± 2,4 contre 2,7 ± 2,3). Sur les 108 patients de la population de sécurité, 17 (15,7 %) ont présenté un total de 67 événements indésirables ; 49 de ces derniers, observés chez 13 patients (12,0 %), étaient graves. Aucun EI n'a été jugé lié au traitement de l'étude.

Conclusion. Une corrélation a été observée entre la réduction de la fatigue et l'amélioration de la QV. Le traitement de l'ACI par un biosimilaire de l'époétine alfa chez des patients atteints d'un cancer hématologique a été bien toléré et efficace, et a entraîné des améliorations de la fatigue et de la QV.

14-07 Hématologie et réanimation : regards croisés

C. Francou¹, E. Jalaber², A. Tientcheu¹, D. Guyotat², E. Tavernier², E. Chalayer^{*2}

¹ Anesthésie réanimation, CHU Saint Etienne, Saint-Étienne ; ² Hématologie, Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth, Saint-Priest-en-Jarez

Introduction. Grâce à l'amélioration des techniques de suppléance d'organe en réanimation et à la biologie moléculaire affinant la stratification pronostique et la thérapeutique en hématologie, la survie en réanimation des patients souffrant d'hétopathie est en amélioration constante. La politique d'admission de ces patients fait régulièrement l'objet de publications. En 2014, la commission éthique de la SFH a diffusé des recommandations : En rémission complète, le transfert en réanimation indépendamment de la gravité et des comorbidités devait être la règle. Au-delà de cette situation, les transferts devaient être régis par une concertation collégiale. Cependant ces situations mettent en difficulté les équipes médicales : 1 patient sur 4 proposés à la réanimation est refusé et 1/10^e des admis le sont après un premier refus.

Matériels et méthodes. Une enquête nationale a été réalisée afin d'étudier la vision de la prise en charge des patients du point de vue des hématologues et réanimateurs sous la forme d'un questionnaire électronique diffusé en 2018 en hématologie via le mailing de la SFH puis en réanimation via les contacts fournis par les hématologues ou à défaut aux réanimateurs locaux.

Résultats. Cent huit hématologues et 68 réanimateurs (38 centres) ont participé à l'enquête dont les ¾ exerçaient en CHU ou en Centre de Lutte contre le Cancer. Moins de 10 % des hématologues déclaraient ne pas avoir de réanimation référente. Concernant la prise en charge dans un contexte de rémission complète, en première ligne sans évaluation connue de la réponse ou en cas de bonne réponse au traitement, près de 100 % des répondeurs déclaraient transférer le patient en réanimation cependant la moitié de ces médecins déclaraient également des facteurs potentiels pouvant limiter ce transfert (comorbidités, performance status ou encore âge). Par ailleurs, 20 à 30 % des réanimateurs déclaraient ne pas savoir que faire en cas d'échec de première ligne avec possibilité de réponse à une deuxième ligne, en cas d'allogreffe et particulièrement en cas de GVH, et de traitements expérimentaux. Seulement 40 % des hématologues considéraient la monodéfaillance d'organe d'une manière générale comme une cause de transfert en réanimation contre 80 % pour les réanimateurs et, 85 versus près de 100 % concernant la multidéfaillance. Par ailleurs, la moitié des réanimateurs étaient prêts à prendre en charge une insuffisance rénale aiguë à diurèse conservée contre moins de 10 % d'hématologues à solliciter ce type de transfert. On notait également que < 10 % des médecins déclaraient la présence d'un réanimateur en RCP, 1/3 participaient à des formations communes et 1/3 avaient connaissance de recommandations éthiques.

Discussion. De façon surprenante, les hématologues et réanimateurs, semblent être plus restrictifs sur les critères de transfert en réanimation que ne le recommande la commission éthique de la SFH. On note également que les hématologues par rapport aux réanimateurs restreignent davantage leurs motifs de transfert. Bien sûr, ces réponses sont issues d'un questionnaire et reste à savoir si la pratique clinique correspond effectivement à ces déclarations. Rare sont les services d'hématologie sans

réanimation référente mais l'on dénote, faute probablement de réunions et formations communes, un gap entre hématologues et réanimateurs.

Conclusion. Malgré tout, l'attitude médicale semble assez homogène et le triage des patients reste basé sur une évaluation au cas par cas à partir des données cliniques fournies par l'hématologue au réanimateur. Ce contact, principal vecteur de l'admission ou non du patient, doit faire l'objet d'un travail de standardisation et le lien et suivi après transfert renforcé.

14-08 La mucormycose à propos de 5 cas

I. Frikha^{*1}, S. Neji², M. Charfi¹, I. Ben Amor¹, M. Ghorbel¹, S. Hadijji¹, M. Medhaffer¹, H. Bellaqaj¹, A. Ayedi², M. Elloumi¹

¹ Hématologie clinique, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie ; ² Laboratoire de parasitologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction. La mucormycose est une infection fongique rare, se voit essentiellement chez les sujets immunodéprimés atteints de diabète mal équilibré ou d'hémopathies malignes. Le but de notre travail est de rapporter l'expérience du service d'hématologie de Sfax dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de la mucormycose.

Patients et méthodes. Nous avons colligé 5 cas de mucormycoses durant la période de 2009 à 2016. Il s'agit de 4 hommes et une femme. L'âge médian au diagnostic était de 40 ans (23 à 59 ans). L'hémopathie sous-jacente était une leucémie aiguë (LAM = 3 et LAL = 1) et une aplasie médullaire sévère (1 cas). Tous nos patients étaient en cours de chimiothérapie et ils étaient tous en neutropénie profonde durant plus de 10 jours.

Résultats. Nous avons recensé 3 cas de mucormycose de localisation rhino-orbito-cérébrale (ROC), un cas de localisation cutanée et un cas de localisation digestive. Nos patients étaient tous fébriles au diagnostic, il s'agissait d'une fièvre prolongée sous ATB large spectre. La douleur était un symptôme constant révélateur du diagnostic mais aussi du siège de l'infection. Pour la localisation ROC, la symptomatologie clinique décrite était un œdème facial et palpébral droit dans 2 cas dont un patient avait en plus une exophtalmie modérée et un ptôsis de l'œil droit. Le troisième cas avait une lésion nécrotique du palais avec tuméfaction de la mâchoire supérieure droite. Une TDM du massif facial réalisé pour les 3 cas avait conclu à une sinusite ethmoïdomaxillaire dans un cas, un comblement sinusien diffus dans un cas et un épaississement du palais mou dans un cas. Un complément d'IRM a été réalisé pour le patient avec des signes neurologiques, avait conclu à une sinusite ethmoïdomaxillaire associée à une thrombose du sinus caverneux. Pour la localisation cutanée, il avait un œdème du médius gauche avec érythème et induration évoquant un panaris anthracôïde. Concernant la localisation digestive, le malade avait présenté un tableau occlusif clinique, pour lequel la TDM abdominale avait conclu à une volumineuse masse iléale sténosante. Le diagnostic de mucormycose était confirmé par l'étude anatomopathologique (1 cas) et mycologique (4 cas). La culture a permis d'isoler : 3 cas de *Rhizopus oryzae* dont un cas était associé avec *A. flavus* et 1 cas de *Lichetemia corymbifera*. La PCR séquençage des régions ITS a redressé l'identification vers *Lichetemia ramosa*. Un traitement d'urgence par Amphotéricine B à la dose de 1,5 mg/kg/j a été instauré et poursuivi jusqu'à une dose cumulative de 2 g, associé à un débridement chirurgical dans 4 cas avec une évolution favorable. Une patiente est décédée rapidement par complication infectieuse grave.

Conclusion. Les principaux facteurs favorisant la mucormycose sont un diabète mal équilibré, les hémopathies malignes et la greffe d'organe. La forme clinique la plus fréquente étant la localisation ROC décrite dans 30 à 50 % des cas, cutanée dans 2 à 19 % des cas et digestive dans 2 à 11 % des cas. La confirmation diagnostique se fait par l'examen mycologique et aussi anatomopathologique. Le *Rhizopus* est l'agent étiologique le plus souvent en cause. La biologie moléculaire permet l'identification exacte d'espèce même en cas de culture négative, et surtout pour les nouvelles espèces de *Lichetemia*. Le traitement est médico-chirurgical comportant un débridement chirurgical associé aux antifongiques l'Amphotéricine B. Bien que l'évolution fût favorable dans 4 cas/5 de nos patients, le pronostic reste grave et rapidement fatal en l'absence d'un traitement médico-chirurgical urgent.

14-09 Analyse du ressenti des patients mis en isolement en hématologie

W. Matrane^{*1}, M. Lamchahab², S. Laajouri³, M. Rachid⁴, M. Qachouh¹, N. Khoubila³, S. Cherkaoui³, M. Bendari³, M. Harif⁵, A. Madani³, A. Quessar⁵

¹ Hématologie clinique et oncologie pédiatrique, Hôpital 20-Août, Casablanca, Maroc ; ² Hématologie et oncologie pédiatrique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc ; ³ Service d'hématologie clinique et d'oncologie pédiatrique, Hôpital 20-Août 1953, Casablanca, Maroc ; ⁴ Service d'hématologie clinique et oncologie pédiatrique, centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc ; ⁵ Hématologie et Oncologie Pédiatrique -CHU Ibn Rochd, Faculté de médecine et de pharmacie -Casablanca, Casablanca, Maroc

Introduction. Les répercussions de l'isolement ont surtout été étudiées dans le milieu carcéral et psychiatrique. L'isolement médical peut affecter le bien-être psychologique des patients, leur satisfaction à l'égard des soins et leurs contacts avec le personnel. Peu d'études ont évalué de manière prospective les répercussions psychologiques de l'isolement médical. La prise en compte de ces conséquences apparaît fondamentale et un accompagnement adapté s'avère indispensable. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'attitude des patients à l'égard des mesures d'isolement et de repérer les axes d'améliorations possibles.

Matériels et méthodes. Étude étalée sur deux mois (novembre-décembre 2018), incluant les patients âgés ³18 ans, admis aux côtés protégés du service pour LAM, autogreffe et allogreffe. Les chambres sont individuelles, dotées d'interphone, de vitres transparentes du côté du couloir des visiteurs et du couloir du service et dont certaines sont équipées de vélo d'intérieur. Nos patients reçoivent des séances d'éducation par un personnel dédié ; sur l'intérêt de l'isolement, l'hygiène et l'alimentation et ils sont visités une fois par semaine par un psychiatre et une diététicienne. Les symptômes d'anxiété et de dépression ont été évalués chez les patients à l'aide de l'échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (HADS) validée. Pour évaluer la manière dont laquelle les malades vivent l'isolement, un questionnaire qualitatif a été développé comportant plusieurs items : connaissances, satisfaction, confort et sentiments...

Résultats. Parmi les 35 patients ayant participé à l'analyse, l'isolement était décrit comme un fardeau chez 31,4 % des malades. La solitude était la principale raison, associée à l'ennui, la perte de contrôle sur les événements et la dépendance au personnel soignant. 14,3 % des cas ont déclaré que l'isolement n'est pas une contrainte, mais plutôt l'hospitalisation. Chez 54,3 % des patients, la maladie a été nommée comme étant le souci et la réelle préoccupation. Les visites à travers les fenêtres, les appels téléphoniques et les émissions de radio ou télévision étaient souvent les plus utiles pendant l'hospitalisation. Il n'y avait pas de corrélation entre ces activités et l'anxiété et la dépression. Par contre, Surfer sur Internet était associé à un taux élevé d'anxiété chez 20 % des patients avec une réflexion négative sur la maladie et sur la chimiothérapie.

Conclusion. Grâce aux informations données aux patients et aux familles lors de la mise en place de l'isolement et leur côté spirituel. L'isolement n'influencait que peu les niveaux d'anxiété et de dépression et la qualité de vie de ces patients, puisque la majorité d'entre eux étaient satisfaits des soins fournis et avaient une attitude positive envers les précautions prises.

14-10 Aspergillose pulmonaire en hématologie : expérience de service d'hématologie

O. Kassar^{*1}, A. Miled², C. Fatma³, F. Wiem⁴, K. Asma⁵, K. Wajdi⁶, G. Manel⁵, F. Imen¹, F. Kallel⁵, BA. Imen⁵, M. Moez⁵, B. Hatem⁵, S. Hadijji⁵, M. Fatma³, A. Ali³, Z. Mnif⁷, E. Moez⁵, M. Elloumi⁸

¹ Hématologie clinique, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie ; ² Hématologie clinique, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie ; ³ Laboratoire parasitologie, Hôpital Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie ; ⁴ Service radiologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie ; ⁵ Hématologie clinique, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie ; ⁶ Pneumologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie ; ⁷ Service de radiologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie ; ⁸ Service d'hématologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

Introduction. L'aspergillose pulmonaire invasive (API) est une complication redoutable au cours du traitement des leucémies aiguës (LA). Elle est associée à une morbidité élevée. Notre étude a pour objectif d'évaluer rétrospectivement les résultats thérapeutiques et évolutifs de l'API survenant au cours du traitement des leucémies aiguës (LA).

Patients et méthodes. Notre étude est rétrospective. Elle a concerné tous les patients suivis au service du CHU Hédi Chaker de Sfax, atteints d'une LA et ayant présenté une API au cours du traitement de la LA durant la période de janvier 2009 jusqu'à décembre 2016. Le traitement des malades se fait dans des chambres conventionnelles. L'API a été retenue selon les critères EORTC/MSG 2008.

Résultats. Durant la période de l'étude, nous avons colligé 87 patients atteints d'une LA et ayant présenté une API soit une fréquence de 21 %. L'âge moyen de nos patients était de 30 ans. Soixante-quatorze pour cent de nos patients avaient une LAM. La majorité de nos patients (96 % des cas) avaient une neutropénie profonde et prolongée. Le diagnostic de l'API a été retenu dans 86 % des cas au cours de la cure d'induction et/ou de la cure de rattrapage de la LA. Tous nos patients étaient fébriles sous antibiothérapie (ATB) à large spectre au moment du diagnostic de l'API et une toux a été notée dans 98 % des cas. Un quart de nos patients avaient des douleurs thoraciques. La radiographie thoracique était pathologique chez le 1/4 de nos patients. Le scanner thoracique a montré le signe de Halo dans 94 % des cas. Un lavage broncho-alvéolaire (LBA) a été réalisé dans 29 % de nos patients. L'antigène galactomannane d'*Aspergillus* était positif dans 45 % de nos patients. Une atteinte extra-pulmonaire de l'aspergillose a été notée chez 10 patients (11 %). Selon les critères EORTC/MSG (2008), l'API était classée selon son niveau de certitude en possible dans 54 %, probable dans 41 % et prouvée dans 5 % des cas.

Un traitement empirique par amphotéricine B était instauré dans 93 % des cas. Le voriconazole était prescrit chez 82 patients dès le diagnostic d'une API a été retenu. Douze patients avaient reçu une association des antifongiques pour une API réfractaire. La réponse thérapeutique globale aux antifongiques était favorable dans 54 % des cas. Le taux de mortalité globale était de 69 %. La médiane de la survie de nos patients était de 6 mois et la survie globale à 12e semaine était de 35 %.

Conclusion. L'API est plus fréquente de dans notre série que les autres séries rapportées dans la littérature (21 % vs 14 %). Elle est associée aussi à un taux de mortalité élevé dans notre étude. Ce qui nécessite un diagnostic plus précoce et une amélioration des mesures préventives de l'environnement dans notre service.

14-11 La détresse psychologique chez les patients atteints d'hémopathies malignes : prévalence et facteurs de risque

S. Zriba¹, H. Ghedira¹, M. Sayadi¹, J. Eddhib¹, H. Stambouli¹, F. M'sadek¹, R. Labbane², K. Kacem³

¹ Hématologie clinique, Hôpital militaire de Tunis, Tunis, Tunisie ;

² Psychiatrie, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie ; ³ Hématologie clinique, Hôpital Aziza Othmana, Tunis, Tunisie

Introduction. Le diagnostic d'hémopathie maligne (HM) est source de souffrance psychologique pour les patients qui se greffe sur leur souffrance physique. La détresse psychologique (DP) retentit sur la qualité de vie des patients et leur capacité à adhérer aux traitements. La prévalence exacte de cet événement en oncohématologie n'est pas bien précisée. On se propose dans ce travail de déterminer la prévalence de la DP chez les patients atteints d'HM ainsi que les facteurs prédictifs de sa survenue.

Patients et méthodes. Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective ayant inclus 100 patients atteints d'HM suivis dans 2 centres d'Hématologie Clinique de Tunis entre 2010 et 2017. La DP était explorée par le Distress Thermometer Scale (DTS) et par la version arabe validée du Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Résultats. Une DP était détectée chez 40 patients par le DTS et 43 patients par le HADS. Un sous-score \geq à 11 est noté chez respectivement 23 patients pour la dépression et 36 patients pour l'anxiété ; 18 patients présentent un trouble anxieux seul, 5 patients un trouble dépressif seul et 18 autres patients un trouble anxiodépressif.

Le DTS était significativement corrélé au HADS global, HADS-dépression et HADS-anxiété.

En analyse multivariée, les comorbidités associées, le gouvernorat de résidence et l'absence de réponse complète au traitement étaient prédictifs de survenue de DP.

Conclusion. Notre travail a montré une prévalence importante de DP parmi les patients atteints d'HM. Les hématologues tunisiens doivent être attentifs à ces troubles afin de proposer une prise en charge spécialisée psychologique qui permettrait d'améliorer la qualité de vie des patients et leur adhésion au projet thérapeutique.

14-12 Intérêt des hémocultures prélevées les jours suivants la survenue d'une fièvre chez les patients recevant un traitement intensif en hématologie

LG. Schaepepelync¹, C. Orvain¹, R. Mahieu², M. Kempf³, P. Abgueuen⁴, M. Hunault-Berger¹, A. Tanguy-Schmidt¹

¹ Maladies du sang, CHU d'Angers, Angers ; ² Réanimation médicale, CHU d'Angers, Angers ; ³ Laboratoire de bactériologie, CHU d'Angers, Angers ;

⁴ Maladies infectieuses et tropicales, CHU d'Angers, Angers

Introduction. Le traitement intensif des patients atteints d'hémopathie se complique fréquemment d'infections avec une incidence des bactériémies jusqu'à 30 % des patients dans la littérature. Le nombre d'hémocultures prélevées dans ce contexte augmente régulièrement. Néanmoins, il n'est pas clair si les hémocultures prélevées après le premier jour de fièvre permettent d'identifier davantage de bactériémies. Nous évaluons ici l'intérêt diagnostique de l'ensemble des hémocultures prélevées chez les patients hospitalisés dans l'Unité Protégée de notre institution pour le traitement intensif d'une hémopathie.

Patients et méthodes. L'ensemble des patients hospitalisés en Unité Protégée pour un traitement intensif d'hémopathie présentant une fièvre ont été inclus sur une période de 6 mois. Une série d'hémocultures est habituellement prélevée au moins une fois par jour tant qu'il persiste de la fièvre. L'ensemble des données cliniques et des résultats d'hémocultures réalisées chez ces patients ont été recueillis de manière rétrospective, après consentement.

Résultats. Quatre-vingt-dix patients hospitalisés (114 séjours) pour induction et/ou consolidation de leucémie aiguë, autogreffe ou allogreffe, entre janvier et juin 2018, ont été inclus. 174 épisodes fébriles (médiane d'un épisode fébrile par séjour, intervalle de 1 à 3 épisodes fébriles par séjour) ont été rapportés chez ces patients dont 119 (68 %) au cours d'une neutropénie prolongée. Sur cette période, 3 015 flacons d'hémoculture

ont été prélevés avec une médiane de 25 flacons prélevés par séjour (intervalle de 1 à 108 flacons). Parmi ces hémocultures, 205 (6,8 %) sont revenues positives, ce qui correspond à 45 épisodes uniques de bactériémie dont la majorité à *Escherichia coli* (22 identifications, 49 %) et à *Pseudomonas aeruginosa* (7 identifications, 16 %). 37 (82 %) de ces épisodes sont identifiés dès le premier jour de fièvre. La plupart des bactériémies sont survenues chez des patients neutropéniques (36 bactériémies, 80 %). 8/45 épisodes de bactériémie sont découverts au cours des jours suivants le premier jour de fièvre (J1) : 3 épisodes à J2, 1 épisode à J3, J4, J5 et J6 et 1 épisode au-delà de J6. Parmi les trois épisodes découverts à J2 et l'épisode découvert à J3, le nombre de flacon d'hémocultures envoyé au Laboratoire à J1 était non optimal (1 flacon dans un cas, 2 flacons dans 2 cas et 3 flacons dans le dernier). Dans les quatre autres cas, il s'agissait d'une infection de cathéter veineux central avec tunnelite diagnostiquée à distance de la fièvre, d'une deuxième bactériémie survenant au cours d'une colite, d'une translocation bactérienne survenant au cours d'une GVH digestive et d'une translocation bactérienne multiple survenant au cours d'une défaillance multiviscérale.

Conclusion. La plupart des bactériémies survenant chez les patients hospitalisés pour le traitement intensif d'une hémopathie sont diagnostiquées dès les premières hémocultures réalisées à J1. Hors aggravation clinique et sous réserve d'un nombre suffisant d'hémocultures ensemençées à J1, les hémocultures réalisées les jours suivants ne semblent pas aussi informatives. La stratégie de limiter le nombre d'hémocultures prélevées devrait être confirmée au cours d'une étude prospective.

14-13 Syndrome d'activation macrophagique : expérience de l'unité d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de Casablanca à propos de 12 cas

M. Camara¹, M. Bendari², M. Lamchahab³, S. Cherkaoui², N. Khoubila², M. Abdellah⁴, M. Rachid⁵, Q. Meryem⁴, M. Hari², Q. Asma⁴

¹ Hématologie clinique et Oncologie pédiatrique, CHU Ibn Rochd Casa,

Casablanca, Maroc ; ² Service d'hématologie clinique et d'oncologie

pédiatrique, Hôpital 20-Août 1953, Casablanca, Maroc ; ³ Hématologie et oncologie pédiatrique, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc ;

⁴ Hématologie et oncologie pédiatrique, Hôpital 20-Août, Casablanca,

Maroc ; ⁵ Service d'hématologie clinique et oncologie pédiatrique, centre hospitalier universitaire Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Introduction. Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est une pathologie initialement décrite dans les années 1950 mais individualisée plus récemment, essentiellement depuis la description des hémophagocytoses (HMPG) post-virales par Risdall en 1979. Il est caractérisé par un ensemble de signes cliniques et biologiques non spécifiques mais dont l'association doit faire évoquer le diagnostic et conduire à un examen cytologique ou histologique permettant de le confirmer. L'objectif de notre travail est de décrire le profil clinique, biologique, thérapeutique et évolutif de nos patients.

Patients et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive menée de 1^{er} juin 2016 au 30 août 2018 ayant inclus tous les patients suivis dans notre unité ayant présenté un SAM, tous les âges confondus.

Résultats.

Conclusion. La survenue du SAM impose un bilan étiologique assez exhaustif, car les maladies associées sont multiples. Il s'agit d'une pathologie grave, dont le pronostic est sévère et le traitement encore mal codifié. De nombreuses affections peuvent conduire au tableau clinique de SAM, y compris des tumeurs malignes (leucémie, lymphome, autres tumeurs solides), des infections (virales, bactériennes ou parasitaires) et des troubles rhumatismaux. Vu le nombre non négligeable de cas diagnostiqués dans notre unité avec une mortalité importante, l'enquête étiologique s'impose aux cliniciens, considérant l'urgence thérapeutique.

14-14 ONCOVILLE : accompagnement coordonné des patients sous anticancéreux oraux délivrés en pharmacie de ville

M. Harry¹, G. Dozias¹, T. Briand¹, L. Guillemette¹, N. Cassou¹, C. Partant¹, L. Le Clech², R. Le Calloch², M.J. Rizzallah², P. Hutin²

¹ Pharmacie, CH de Cornouaille, Quimper ; ² Hématologie, CH de Cornouaille, Quimper

Introduction. L'apparition de nouveaux traitements anticancéreux oraux a amélioré la qualité de vie des patients mais également mis en exergue des difficultés spécifiques à une prise en charge ambulatoire (gestion des toxicités, inobservance, interactions médicamenteuses). Malheureusement le cloisonnement ville/hôpital ne permet pas une communication efficace entre les acteurs à l'échelle d'un territoire de santé. Afin de répondre à ces problématiques, nous avons mis en place, sur le territoire du Finistère sud, un dispositif d'accompagnement coordonné des patients sous anticancéreux oraux.

Patients et méthodes. Les objectifs du dispositif Oncoville : harmoniser le parcours de soins du patient sous anticancéreux oral, sécuriser la prise

N	A (ans)	Sexe	Diagnostic	T (°C)	SPM/HPM	Hb (g/dl)	PNN (G/l)	Pq (G/l)	Fg (g/l)	Ferritinémie (ng/ml)	TG (g/l)	HMPG	DXM/VP16 (mg)	Évolution
1	28	M	LNH cutanée T	40	+/-	10,7	9,4	18	0,5	106 550	2,39	Oui	20/300	Décès
2	26	M	LAM	40	+/-	7,2	5,7	21	1,21	> 200 000	5,19	-	40/0	Décès
3	23	F	Inconnu	40	+/+	6,4	1,02	34	0,5	61 923	6,93	Oui	15/200	Décès
4	61	M	MM	39	-/-	7,5	0	81	1,5	94 389	1,6	Non	40	Bonne
5	8	M	LNH Lc T	40	+/-	9	0,25	10	1,5	13 000	2,5	Non	10/50	Décès
6	45	F	DLBCL	40	+/+	8,1	0,9	25	1,5	154 327	3	-	40/0	Décès
7	21	F	AM	40	+/-	6	0	10		326 000	2,97	-	20/0	Décès
8	4	F	Paludisme sur NBL	40	+/+	9,6	0,46	12	2	19 453	4	Oui	10/80	Décès
9	38	M	AM	40	-/-	1,9	1,5	4	3,5	60 000	2,5	-	40/0	Bonne
10	70	F	DLBCL	40	+/+	7,2	0,05	23	1	55 000	5,2	-	40/0	Décès
11	18	F	AM	40	-/-	4,9	0	7	6	44 381	4,19	-	20/0	Décès
12	26	F	LAM	40	-/-	2,8	0,1	10	2	12 831	1,5	-	40/0	Bonne

en charge médicamenteuse et assurer la formation des professionnels libéraux. Oncoville concerne tous les patients suivis en hématologie et en oncologie faisant l'objet d'une primo-prescription d'anticancéreux oral (cytotoxique, thérapie ciblée et hormonothérapie) délivrés en pharmacie d'officine. Les professionnels impliqués sont les hématologues, oncologues, pharmaciens hospitaliers et infirmiers (IDE) d'annonce de notre centre, les médecins traitants, pharmaciens d'officine et IDE libéraux du territoire du Finistère sud. L'originalité du parcours repose, à l'instauration du traitement, sur la participation du pharmacien hospitalier à la consultation d'annonce paramédicale (analyse des interactions médicamenteuses, conciliation médicamenteuse), et la mise en place de deux consultations pharmaceutiques de suivi rémunérées, réalisées par le pharmacien d'officine du patient, au deuxième et quatrième mois de traitement (évaluation de la tolérance et de l'observance). Les comptes-rendus des consultations sont envoyés par messagerie sécurisée à l'ensemble des professionnels de santé en charge du patient.

Résultats. Quatre réunions de formation ont été organisées en 2018 auprès des professionnels de santé libéraux du territoire. 85 % des pharmacies d'officine du territoire participent au dispositif. Depuis son démarrage le 8 octobre 2018, 36 patients (moyenne d'âge 71 ans) ont

été inclus dont 50 % en hématologie et 50 % en oncologie. Les pathologies concernées étaient par ordre de fréquence le myélome, la leucémie lymphoïde chronique, et la leucémie aiguë myéloïde pour l'hématologie ; le cancer du sein et le cancer de la prostate pour l'oncologie avec 2/3 de thérapies ciblées, 1/3 d'hormonothérapie et de cytotoxiques. Les patients avaient en moyenne 5,3 médicaments en traitement habituel. Pour 53 % des patients, au moins une interaction médicamenteuse a nécessité une intervention (modification de posologie, arrêt de traitement, surveillance particulière). 10 % des patients prenaient des médicaments, plantes ou compléments alimentaires en automédication pouvant interagir avec l'anticancéreux oral. Dix consultations pharmaceutiques ont été réalisées à ce jour par les pharmaciens d'officine du territoire.

Conclusion. Les retours sur le dispositif sont très positifs de la part des professionnels de santé mais aussi des patients. Il restera à évaluer de façon plus fine à l'aide d'indicateurs les bénéfices pour les patients et pour les acteurs de façon à pouvoir pérenniser de façon durable ce dispositif. Enfin des réunions régulières avec les professionnels impliqués dans le dispositif seront organisées afin d'optimiser la place de chacun dans le parcours de soins du patient.