



Atlantic Provinces Pediatric Hematology/Oncology Network
Réseau d'oncologie et hématologie pédiatrique des provinces atlantiques

5850/5980, avenue University, C.P. 9700, Halifax, NS B3K 6R8, (902) 470-7429

*Révisé et approuvé par des spécialistes du IWK Health Centre, Halifax, N.-É.
Révisé et approuvé lors de la réunion du ROHPPA d'octobre 2004*

Les **directives sur les soins de soutien** ont été mises au point par des spécialistes en santé qualifiés des provinces atlantiques (médecins, pharmaciens, personnel infirmier et autres professionnels de santé) à l'aide de références fondées sur les preuves ou sur les pratiques exemplaires. Le format et le contenu des directives seront modifiés à l'occasion d'examens et de révisions périodiques. Nous avons pris soin d'assurer l'exactitude de l'information. Toutefois, tout médecin ou professionnel de santé utilisant ces directives sera responsable de la vérification des doses et de l'administration des médicaments conformément aux formulaires, aux politiques et aux normes de soins reconnues au sein de son établissement.

Document non officiel s'il est imprimé. Pour vous assurer que ce document imprimé est la version la plus récente, veuillez consulter le site Web <http://www.apphon-rohppa.com>.

Instructions pour la prise en charge des jeunes sexuellement matures atteints d'un cancer ou d'un trouble hématologique grave

Les jeunes sexuellement matures atteints d'un cancer et ou d'un trouble hématologique grave présentent des problèmes différents de ceux des enfants plus jeunes.

1. Recommandations préalables au traitement :
 - a. Dès le début du traitement, il est important d'établir une relation basée sur le respect et la confidentialité. Le professionnel de la santé devra faciliter un dialogue libre et sincère. Il devrait encourager le jeune à partager ses préoccupations et ses intérêts en sachant que le professionnel de la santé défendra ses intérêts et abordera le cas échéant ses préoccupations.
 - b. Les discussions avec le jeune au sujet de sa sexualité auront lieu en privé. Les parents peuvent y participer si le jeune lui-même le souhaite.
 - c. Le jeune recevra des renseignements au sujet de l'évolution, du traitement et du pronostic de sa maladie, de l'impact de la maladie et du traitement sur sa scolarité, ses activités habituelles, ses relations sociales et sa sexualité. Ces sujets devraient être passés régulièrement en revue.

- d. Avant le traitement, un test de grossesse devra être effectué si cela s'applique au diagnostic et toutes les jeunes filles en âge de procréer devront faire un test de grossesse avant d'entreprendre une chimiothérapie ou une radiothérapie. Toutes les jeunes filles sexuellement actives devront faire un examen gynécologique complet avant que ne commence le traitement.
- e. Pour tous les jeunes sexuellement actifs, il faudra passer en revue et introduire des méthodes contraceptives, y compris l'usage de condoms pour les jeunes et leurs partenaires. Il est préférable de choisir les options qui diminuent la fréquence des menstruations ou qui induisent l'aménorrhée – contraceptifs oraux ou acétate de dépo-médroxyprogestérone. De plus, tous les jeunes sexuellement actifs doivent utiliser une barrière physique contre les maladies sexuellement transmissibles ainsi qu'en cas d'échec des méthodes de contraception décrites ci-dessus.
- f. Le métabolisme des contraceptifs oraux ou de l'acétate de dépo-médroxyprogestérone est modifié par la chimiothérapie, qui réduit l'efficacité contraceptive du produit.
- g. Il faudra discuter de l'éventualité d'une grossesse actuelle ou future, y compris du stress physique provoqué par la grossesse. Il faudra aussi parler des problèmes éventuels d'infertilité résultant de la maladie ou de son traitement. Au Canada, les options pour la cryoconservation des ovocytes issus d'une biopsie ovarienne sont limitées. Le prélèvement des ovocytes exige une laparotomie et un renvoi à la clinique d'endocrinologie de la reproduction. Les embryons doivent être fertilisés avant la cryoconservation [ce qui exige un partenaire ou un donneur adéquat]. Le coût d'un traitement de fécondation in vitro est d'environ 8 000 \$ par cycle et n'est pas couvert par MSI [de même que le coût de la cryoconservation]. Les risques posés par le fait de retarder le traitement doivent être pesés contre les risques d'infertilité future.
- h. Les différences entre fertilité, sexualité et libido devront être expliquées. Ces questions devraient être passées régulièrement en revue avec le jeune durant le traitement et à l'issue du traitement.
- i. L'entreposage de sperme devrait être envisagé avant le commencement de la chimiothérapie ou de la radiothérapie

2. Prévention et gestion des infections :

- a. Abrasions – L'emploi des tampons peut provoquer des abrasions vaginales et des anomalies des muqueuses. Les tampons peuvent augmenter le risque d'infection. Pour les jeunes filles immunocompromises, nous recommandons l'usage des serviettes hygiéniques. Pour réduire le risque de lésions et d'infection des muqueuses, l'emploi du diaphragme, de l'éponge

contraceptive ou de la cape cervicale devrait être évité. On peut utiliser une gelée lubrifiante soluble à l'eau, en vente libre, pour réduire les abrasions des muqueuses durant les rapports sexuels.

- b. Rapports sexuels – les jeunes sexuellement actifs dont le nombre absolu de neutrophiles (NAN) est $< 500 \mu/L$ présentent un risque accru d'infection. L'abstinence est recommandée durant les périodes où le NAN ou la numération plaquettaire sont réduits. Le risque d'infection parmi cette population est accru quel que soit le NAN. Nous recommandons l'usage de condoms lubrifiés pour réduire le risque d'infection. Les spermicides vaginaux ne constituent pas une protection efficace contre les maladies sexuellement transmissibles et ils augmentent le risque d'irritation vaginale et d'infection des voies urinaires; ils ne devraient donc pas être utilisés.
- c. Maladies sexuellement transmissibles – le papillomavirus peut se manifester sous forme de verrues vaginales visibles ou sous forme d'une infection subclinique. Certaines souches sont associées à un risque accru de cancer cervical, vulvaire et vaginal. Si l'on décèle la présence d'un condylome ou si un test de Papanicolaou révèle des cellules dysplasiques, il faudra procéder à une coloscopie. Les taux de chlamydia et de gonorrhée sont particulièrement élevés chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. Ces jeunes femmes devraient être examinées même si elles ne présentent pas de symptômes. En cas d'urétrite, il faut faire un dépistage de chlamydia et de gonorrhée. Une maladie non traitée peut entraîner une infection pelvienne ou une épидидymite. L'immunodépression prédispose à l'herpès vaginal et à sa récurrence. Une médication antivirale quotidienne est parfois nécessaire pour éviter la récurrence. Il faut offrir aux jeunes sexuellement actifs des tests de dépistage du VIH, de l'hépatite et de la syphilis.

3. Prévention de la perte de sang excessive durant les menstruations :

- a. Prévention – Pour les troubles hématologiques graves, il faut envisager de provoquer l'aménorrhée avant de commencer le traitement. La fréquence des menstruations peut être réduite au moyen de l'administration quotidienne d'un contraceptif oral combiné, monophasique, à faible dose. Ce traitement peut être poursuivi pendant un maximum de 4 mois sans saignement de retrait. Il faut demander à la jeune fille d'enlever les pilules placebo des paquets ou de prendre une formule sur 21 jours. Lorsque la numération plaquettaire est $> 50,000 \mu/L$ et est prévue demeurer stable, on peut provoquer un saignement de retrait en cessant le contraceptif oral pendant une semaine. Pour réduire le risque de métrorragie, on prescrit un contraceptif oral monophasique et progestogénique comme le Minovral®. L'emploi des contraceptifs oraux quotidiens exige une bonne adhérence au traitement. Le timbre contraceptif peut augmenter l'adhérence. Les contre-indications aux contraceptifs oraux sont les suivantes : antécédents de

- thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire, cancer du foie, cancer du sein, chirurgie des membres inférieurs ou immobilisation prolongée.
- b. On peut provoquer une atrophie de l'endomètre et une aménorrhée en prescrivant de l'acétate de dépo-médroxyprogestérone (Depo-Provera®) 150 mg IM toutes les 12 semaines. Ceci peut exiger une numération plaquettaire >20 000 μ /L. L'aménorrhée est obtenue en 3 mois dans 30 % des cas et en 12 mois dans moins de 50 % des cas. La dépo-médroxyprogestérone par voie intramusculaire est associée au début à des saignements irréguliers. L'administration simultanée d'oestrogène durant les 3 premières semaines des 2 premières injections peut réduire l'irrégularité des saignements. Son usage a été associé à l'irritabilité, l'anxiété et la dépression. Elle peut réduire la teneur minérale des os et devrait être évitée chez les jeunes présentant un risque d'ostéoporose/ostéopénie. Il faut éviter l'usage prolongé.

4. Gestion des saignements menstruels excessifs [en consultation avec un gynécologue pédiatre]:

- a. Exclure la possibilité d'une autre cause de saignement [coagulopathie, thrombocytopénie] ou d'une grossesse en cas de saignement excessif. Adressez la patiente à un gynécologue pédiatre pour un examen pelvien et une évaluation visant à déterminer la cause du saignement.
- b. Si l'hémoglobine est normale, surveillez fréquemment le taux d'hémoglobine durant les épisodes de forts saignements. Si la jeune fille prend un contraceptif oral monophasique, confirmez qu'elle adhère bien au traitement prescrit. Augmentez la dose à deux pilules par jour jusqu'à ce que les saignements cessent ou ajoutez 20 μ g d'éthinylestradiol pendant 21 jours et pendant 3 cycles. Le traitement antifibrinolytique [comme l'acide tranéxamique, le Cyklokapron®] est un adjuvant très utile.
- c. Si la patiente n'est pas en traitement préventif avec contraceptifs oraux ou dépo-médroxyprogestérone, commencez le traitement aux contraceptifs oraux comme décrit ci-dessus. L'administration de dépo-médroxyprogestérone en cas de saignement risque d'aggraver d'abord les saignements car elle est associée à des saignements initiaux irréguliers (voir 3.b.).
- d. Si l'hémoglobine est entre 80 et 120 g/L – la jeune fille peut souvent être gérée dans le Service de consultations externes si elle est stable au plan hémodynamique. S'il n'y a pas de saignements au moment de l'évaluation, introduisez le Minovral® une fois par jour. S'il y a des saignements au moment de l'évaluation, administrez de l'Ovral® BID jusqu'à parvenir à une période de 24 heures sans saignement, puis diminuez la dose à une fois par jour pendant 3 cycles. Passez ensuite au Minovral®. Le Minovral® et l'Ovral® sont contre-indiqués chez les patientes atteintes de troubles

- thromboemboliques ou de maux de tête accompagnés de symptômes neurologiques en foyer, comme des migraines (voir la section sur les contre-indications dans la monographie du produit). Il est parfois nécessaire de donner un antiémétique 30 minutes avant une forte dose de contraceptif oral. Commencez la prise de suppléments ferreux. Un laxatif émollient (p. ex., docusate sodique, Colace®) devrait être prescrit avec le supplément ferreux pour réduire la constipation éventuelle qui peut entraîner une forte pression et parfois des saignements.
- e. Si l'hémoglobine est <80 g/L, ou entre 80 et 100 g/L et si la personne a des saignements, administrez immédiatement 2 comprimés d'Ovral® par voie orale, puis un comprimé tous les 6 heures. Lorsque les saignements cessent, réduisez à un comprimé toutes les 8 heures pendant une semaine, suivi d'un comprimé toutes les 12 heures pendant une semaine, suivi qu'un comprimé par jour sans interruption pendant 3 cycles, puis passez au Minovral®. Une hospitalisation avec hydratation par intraveineuse et hormonothérapie est parfois nécessaire. Si la personne est hospitalisée, administrez 2 comprimés d'Ovral® toutes les 6 heures pour stabiliser l'endomètre jusqu'à l'arrêt des saignements. Si les saignements ne diminuent pas ou s'ils augmentent, remplacez l'Ovral® par de l'œstrogène conjugué 25 mg par voie intraveineuse toutes les 6 heures. Si cela est efficace, continuez ce traitement pour un total de 6 doses. Cessez la prise d'œstrogène conjugué dès que cessent les saignements et reprenez l'Ovral®. Diminuez progressivement l'Ovral® d'un comprimé par jour sur une semaine. Continuez avec un comprimé d'Ovral® une fois par jour sans interruption pendant 3 cycles, puis passez ensuite au Minovral®. La dilatation et le curettage sont rarement nécessaires. Une transfusion de globules rouges est parfois nécessaire.
 - f. Tous les jeunes devraient faire vérifier leur taux de fer. Les suppléments ferreux devraient être envisagés pour tous les jeunes qui présentent une carence en fer. Pour les jeunes qui reçoivent régulièrement des transfusions de globules rouges et des suppléments ferreux, le taux de fer devrait être vérifié tous les 3 mois.

5. Sexualité et contraception:

- a. Communication – donnez au patient la possibilité de discuter des questions de sexualité.
- b. Contraception – parlez de la nécessité de la contraception pour tous les jeunes. Insistez sur le fait que la contraception n'élimine pas la contagion par le VIH/SIDA ou les autres maladies sexuellement transmissibles. Il faut conseiller aux jeunes d'utiliser des condoms pour éviter les infections. La contraception d'urgence devrait également être discutée. On utilise parfois deux doses de 0,75 mg de lévonorgestrel (PlanB®) à intervalle de 12 heures.

Les doses devraient être administrées dans les 120 heures qui suivent les rapports sexuels non protégés. Ces conseils devraient être répétés de temps à autre durant le cours du traitement et par la suite.

Bibliographie :

Centres for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *Morb Mortal Wkly Rep* 1998;47[rr1]:4-6; 202,5[rr6]:1.

Greydanus DE, Patel DR, Rimso ME. Contraception in the adolescent: an update. *Pediatr* 2001; 107(3):562-573.

Groncy PK, Huggins ME. The sexually mature young adult patient with cancer. In: Altman AJ, editor. *Supportive Care of Children with Cancer*. 3rd ed. Baltimore: John Hopkins University Press; 2004. p. 279-285.

Kauntiz AM. Injectable contraception: new and existing options. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27(4):741-780.

Munro MG. Contemporary management of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2000; 27(2):287-304.

Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:531-537.

Vilos GA, LeFebvre G, Graves GR. Guidelines for the management of abnormal uterine bleeding. *J Obstet Gynecol Canada* 2001;106:1-6.

Suggestions reçues du Dr Joan Wenning et du Dr Gillian Graves, gynécologie pédiatrique, IWK Health Centre, Halifax, N.-É.