

Soins primaires pour les bénéficiaires d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques

Jill Fulcher MD, Sherrie Hertz BSc Pharm, Christopher Bredeson MD

■ Citation : *CMAJ* 2020 November 23;192:E1538. doi : 10.1503/cmaj.200160-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.200160

1 L'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques offre une chance de traiter le syndrome myélodysplasique, les néoplasmes myéloprolifératifs et la plupart des leucémies aigües de l'adulte et des lymphomes en rechute

Trois ans après la greffe de cellules souches (GCS) hématopoïétiques, la probabilité de survie est de 30 % à 60 %, et les cas de récurrence de la maladie comptent pour 50 %–60 % des décès¹. La maladie cardiovasculaire, la malignité secondaire et les infections sont les principales causes de décès non associés à la maladie primaire¹.

2 Les soins optimaux après la greffe impliquent une collaboration entre le centre de GCS, le fournisseur de soins primaires et le patient

Pour les 3–6 mois suivant la greffe, les soins sont généralement prodigués par le centre de GCS. Par la suite, le centre fait du dépistage et prend en charge les complications et les issues propres à la greffe. Le fournisseur de soins primaires joue un rôle essentiel dans la prévention primaire des maladies évitables par la vaccination, la surveillance et la prise en charge à long terme des risques cardiometaboliques, et le dépistage de la malignité secondaire chez les patients qui ont reçu une GCS. Les bénéficiaires de greffe devraient être habilités à jouer un rôle actif dans leurs soins de santé à long terme et être informés des risques propres à leur situation et de l'importance de la revaccination, de la surveillance de la malignité et du maintien d'un mode de vie sain (annexe 1, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.200160/tab-related-content).

3 Les bénéficiaires de GCS ont un risque de maladie cardiovasculaire 4 fois supérieur à celui de la population générale

Étant donné le risque accru après une GCS², le dépistage des facteurs de risque de maladie cardiovasculaire devrait commencer 6 mois après l'intervention. L'hypertension, le diabète et la dyslipidémie doivent être pris en charge tôt et de façon intensive, comme le recommandent les guides de pratique clinique pour les patients à haut risque de maladie cardiovasculaire. Les cibles recommandées sont indiquées dans l'annexe 2, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.200160/tab-related-content.

4 En raison du traitement subi, les bénéficiaires de GCS ont jusqu'à 5 fois plus de risque d'avoir une malignité secondaire que la population générale

Étant donné le risque considérablement accru de malignité secondaire³, les bénéficiaires de GCS ont besoin d'un dépistage particulièrement intensif et personnalisé de la malignité, comme l'explique l'annexe 2.

5 L'immunité antérieure est perdue après la greffe, et la revaccination est nécessaire 3 mois après l'intervention

Les neutrophiles se régénèrent normalement dans les 4 semaines suivant la greffe. Il se produit généralement une reconstitution importante des lymphocytes et un retour de l'immunité cellulaire associée dans les 3 mois⁴. On conseille donc aux fournisseurs de soins primaires de suivre les recommandations du Guide canadien d'immunisation de l'Agence de la santé publique du Canada en ce qui concerne le calendrier et la dose des vaccins pour les bénéficiaires de GCS⁵.

Références

1. D'Souza A, Fratham C. Current uses and outcomes of hematopoietic cell transplantation (HCT): 2019 summary slides, 2019. Milwaukee (WI): Center for International Blood and Marrow Transplant Research; 2019. Accessible ici : www.cibmtr.org/ReferenceCenter/SlidesReports/SummarySlides/pages/index.aspx (consulté le 3 nov. 2020).
2. Chow EJ, Baker KS, Lee SJ, et al. Influence of conventional cardiovascular risk factors and lifestyle characteristics on cardiovascular disease after hematopoietic cell transplantation. *J Clin Oncol* 2014;32:191-8.
3. Michelis FV, Kotchetkov R, Grunwald RM, et al. Long-term incidence of secondary malignancies after allogeneic hematopoietic cell transplantation: a single-center experience. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2017;23:945-51.

4. Tomblyn M, Chiller T, Einsele H, et al. Guidelines for preventing infectious complications among hematopoietic cell transplantation recipients: a global perspective [erratum publié dans *Biol Blood Marrow Transplant* 2010;16:294]. *Biol Blood Marrow Transplant* 2009;15:1143-238.
5. *Canadian Immunization Guide: immunization of immunocompromised persons*. Ottawa: Public Health Agency of Canada; modified 2019 Nov. 1. Accessible ici : www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-3-vaccination-specific-populations/page-8-immunization-immunocompromised-persons.html#t3 (consulté le 28 mai 2020).

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, Département de médecine (Fulcher, Bredeson), Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.; Programmes cliniques et initiatives de qualité (Hertz), Action Cancer Ontario, Toronto, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Jill Fulcher, jfulcher@toh.ca