



PROGRAMME PARTAGE

Les traitements des leucémies aiguës myéloïdes

Aujourd'hui pour demain

Un guide pratique
pour trouver des informations
fiables sur les traitements
des leucémies aiguës myéloïdes



SERVIER 

Bienvenue dans la brochure

« LES TRAITEMENTS DES LEUCÉMIES AIGÜES MYÉLOÏDES ».

Cette brochure fait partie du « programme PARTAGE » dont le but est d'accompagner la prise en charge des patients en cancérologie dans leur quotidien.

Ont participé à la réalisation de cette brochure :

- Dr Marie BALSAT, hématologue, Hospices Civils de Lyon.
- Anne-Sophie GUILLERMIER, infirmière coordinatrice AJA (adolescents et jeunes adultes) en hématologie, Hospices Civils de Lyon.
- Pr Thomas CLUZEAU, hématologue, Centre Hospitalier Universitaire de Nice.
- Chloé CERATO, infirmière de recherche clinique, Centre Hospitalier Universitaire de Nice.
- Association Laurette Fugain, France.
- NetCancer, France.



Utilisation de ce guide

Cette brochure est conçue pour aider les personnes atteintes de leucémie aiguë myéloïde et leur entourage à trouver des informations auxquelles elles peuvent se fier.

SOMMAIRE :

Partie 1 : Les traitements à disposition

Les différentes phases de la prise en charge intensive.....	p.4-5
Les différentes phases de la prise en charge non intensive.....	p.6-7
Chimiothérapie.....	p.8
Thérapie cellulaire.....	p.9-10
Thérapie ciblée.....	p.11
Immunothérapie.....	p.12
Importance de la recherche clinique.....	p.13
Mode d'administration des traitements de la LAM.....	p.14-15
Effets secondaires les plus fréquents.....	p.16-17

Partie 2 : Prendre les décisions thérapeutiques

Traitement personnalisé.....	p.18-19
------------------------------	---------

Partie 3 : Soins de support

Soins de support.....	p.20-21
-----------------------	---------

Glossaire.....	p.22
----------------	------

Bibliographie.....	p.23-24
--------------------	---------



Les traitements à disposition

Selon l'état général et les caractéristiques du patient, l'intensité du traitement sera adaptée. Deux types de prise en charge sont retrouvées : intensive ou non intensive.

Les différentes phases de la prise en charge intensive^{1,2}

La chimiothérapie intensive correspond à l'administration de fortes doses de chimiothérapie dans l'objectif d'obtenir une guérison de la maladie. Elle est proposée aux patients dont le médecin estime qu'ils sont en assez bonne forme pour supporter ce traitement intensif et ses potentiels effets secondaires³.

Elle est adaptée aux sujets de moins de 75 ans en bon état général qui ne présentent pas ou peu de comorbidités.

1

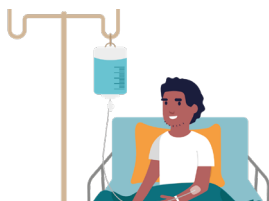


Consultation → Hospitalisation

Après les étapes de diagnostic de la maladie, un programme de soins est élaboré par l'onco-hématologue et une équipe de soignants spécialisés lors de la RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire).

Après l'accord du patient concernant la stratégie thérapeutique, le traitement peut commencer⁴.

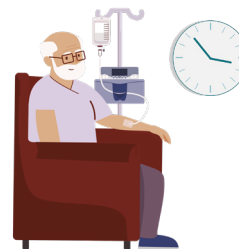
2



Induction(s)

La chimiothérapie d'induction vise à éliminer les cellules anormales de la moelle osseuse et du sang, ainsi que les symptômes de la maladie. C'est le premier traitement administré en service d'hématologie ou en réanimation selon l'état du patient. Une seconde induction peut être envisagée en cas de non-réponse à la première.

3



Consolidation(s)

La consolidation, aussi appelée traitement post-rémission, vise à éliminer les cellules leucémiques restantes pour éviter les rechutes et maintenir une rémission complète. Plusieurs séances peuvent être nécessaires selon la stratégie thérapeutique.

4



+/- Allogreffe

L'allogreffe est envisagée après les chimiothérapies, en fonction de l'état du patient et des résultats des examens. Sa faisabilité est discutée lors de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP).

5



+/- Entretien

La thérapie d'entretien prolonge la réponse à la chimiothérapie initiale et réduit le risque de rechute. C'est un traitement oral, pouvant être de durée définie ou à long terme.

+/- Recherche clinique

La participation à un essai clinique peut être proposée tout au long du parcours de soin. Les patients inclus sont suivis par une équipe dédiée, avec un calendrier de visites à respecter.

Les différentes phases de la prise en charge non intensive^{1,2}

Elle est adaptée aux patients plus âgés et/ou fragilisés par la présence de comorbidités qui ne supporteraient pas une chimiothérapie intensive.

1

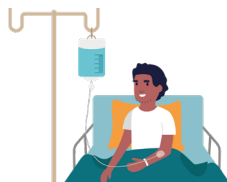


Consultation → Hospitalisation / HDJ (Hôpital De Jour)

Le programme de soins élaboré pour ces patients lors de la RCP sera moins lourd que pour la prise en charge intensive.

Après l'accord du patient concernant la stratégie thérapeutique proposée par l'équipe soignante, le traitement peut commencer. Si la tolérance est bonne, les cycles se font en HDJ, permettant au patient de venir et repartir le même jour. Toutefois, une surveillance initiale peut nécessiter une hospitalisation⁴.

2



Chimiothérapie

Une induction avec des agents hypométhylants, avec ou sans thérapie ciblée, est réalisée.

3



Nouvelles thérapies

Plusieurs nouvelles thérapies ciblées ou immunothérapies peuvent enrichir le traitement tout au long du parcours de soins du patient.

4



Traitement jusqu'à rechute

Le but est de prolonger le plus longtemps possible la survie en préservant la qualité de vie des patients jusqu'à la progression de la maladie. Dès lors, s'il existe un essai clinique adapté, il sera proposé au patient. En cas d'impasse thérapeutique, l'équipe des soins palliatifs accompagnera avec beaucoup d'humanité le patient et sa famille.

+/- Recherche clinique

La participation à un essai clinique peut être proposée tout au long du parcours de soin. Les patients inclus sont suivis par une équipe dédiée, avec un calendrier de visites à respecter.

Textes construits à partir des témoignages du comité scientifique, soutenus par des références scientifiques

Chimiothérapie

A. Chimiothérapie intensive^{1,2}

La chimiothérapie intensive (induction + consolidation) est un traitement agressif visant à éliminer totalement les cellules leucémiques de la moelle osseuse. Elle repose sur l'administration combinée de plusieurs agents chimiothérapeutiques. Ce protocole entraîne une destruction temporaire des cellules normales de la moelle, induisant un état d'aplasie médullaire marqué par une absence de globules blancs et de plaquettes, ce qui expose le patient à un risque élevé d'infections et d'hémorragies. La durée de l'hospitalisation initiale peut être de 4 semaines.

Deux classes de médicaments de chimiothérapie peuvent être proposées⁵ :

- **Un antimétabolite**
Inhibe la synthèse de l'ADN des cellules anormales.
- **Une anthracycline**
Empêche la réplication de l'ADN provoquant la mort de la cellule cancéreuse.

B. Chimiothérapie non intensive²

La chimiothérapie à faible dose (ou non intensive) est une modalité de traitement adaptée aux patients âgés ou qui présentent des comorbidités. Elle est associée à moins d'effets secondaires, permettant une prise en charge en ambulatoire (à la maison).

Deux classes de médicaments peuvent être proposées :

- **Les antimétabolites hypométhylants** « réparent » la cellule en restaurant l'expression des gènes suppresseurs de tumeur.
- **De faibles doses d'un antimétabolite** qui inhibe la synthèse de l'ADN des cellules anormales.

Thérapie cellulaire^{1,6}

La thérapie cellulaire consiste à greffer des cellules compétentes afin de restaurer la fonction d'un tissu ou d'un organe. L'objectif est de soigner durablement le patient grâce à une injection unique de cellules thérapeutiques. Dans le cadre de la leucémie aiguë myéloïde, la thérapie cellulaire intègre l'**allogreffe de cellules souches hématopoïétiques** dont l'objectif est double : remplacer la moelle osseuse malade par une moelle saine et de recréer un nouveau système immunitaire capable de protéger le patient de la rechute.

A. Allogreffe de Cellules Souches Hématopoïétiques (CSH)^{1,7}

- Traitement curatif de la majorité des leucémies aiguës myéloïdes.
- Selon la nature et l'évolution de la maladie le médecin peut être amené à proposer une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques (les cellules proviennent d'un donneur familial ou issu du fichier international des donneurs de moelle osseuse).

Les cellules souches greffées proviennent d'un prélèvement de moelle osseuse (CSH médullaires) ou le plus souvent d'un prélèvement dans le sang (CSH périphériques). Comme elles sont en faible nombre dans le sang, un médicament qui **stimule leur migration** de la moelle osseuse vers les vaisseaux sanguins est utilisé quelques jours avant le prélèvement.

Les cellules souches greffées peuvent aussi venir de sang placentaire (appelé également sang de cordon) lorsqu'il n'y a pas de donneur compatible dans la

famille ou le fichier international. Lors d'une consultation, le médecin greffeur expliquera la greffe et évaluera la balance bénéfices/risques de ce traitement en tenant compte de l'état et de l'accord du patient. L'allogreffe de cellules souches comporte des effets secondaires tels que la GvH (maladie du greffon contre l'hôte).

Bien que l'objectif de ce traitement soit curatif, il n'est pas exclu que le patient rechute après la greffe. Toutes ces possibilités sont abordées en consultation.

Déroulement de l'allogreffe

Prélèvement des cellules souches chez le donneur sain

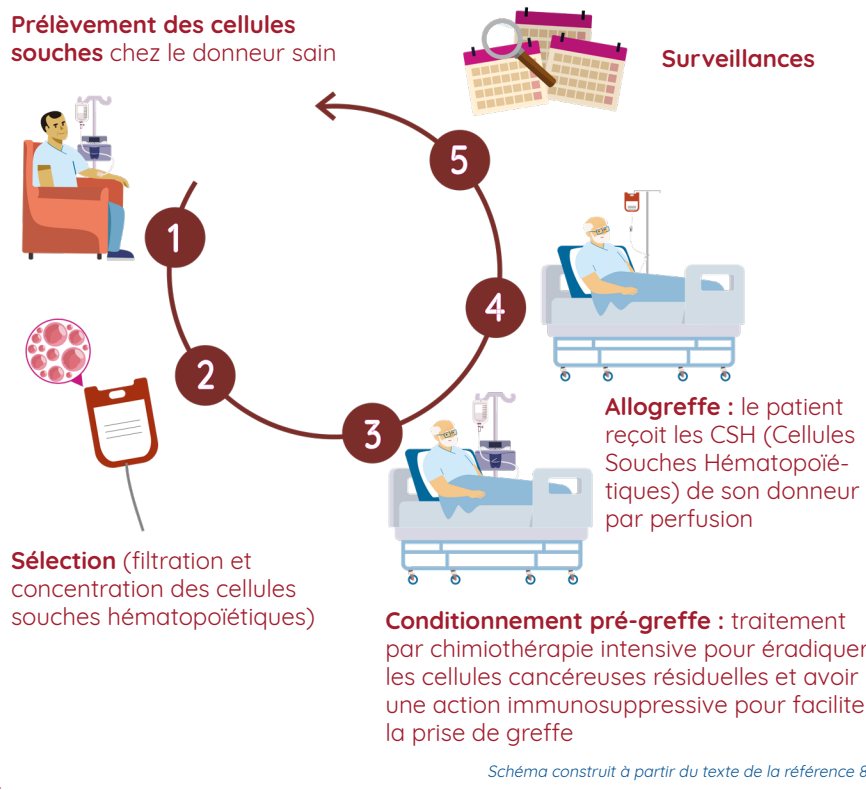


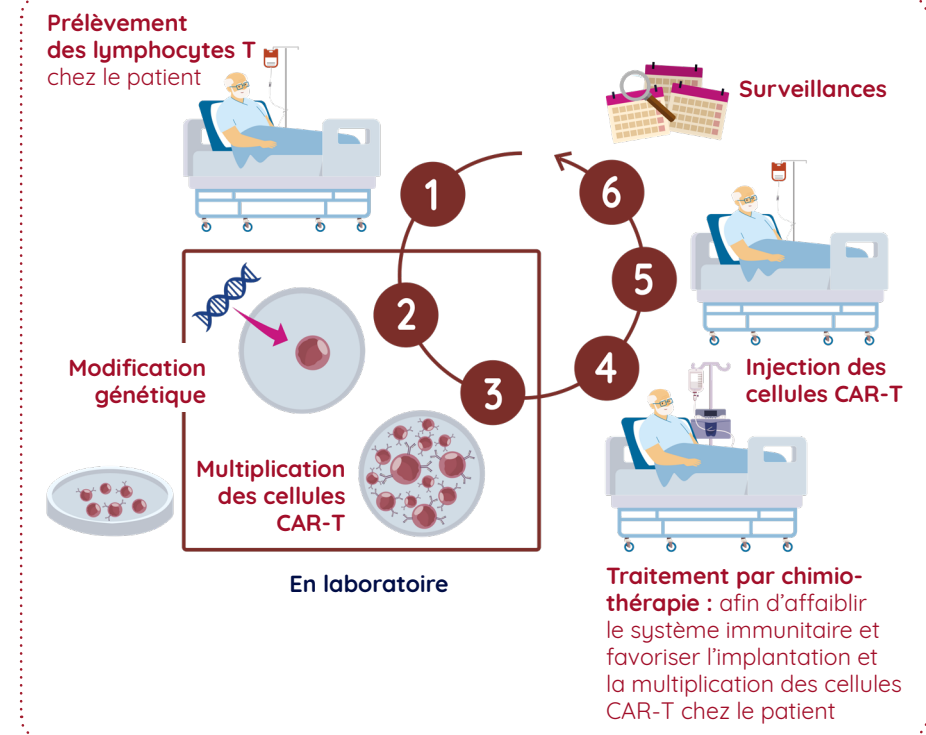
Schéma construit à partir du texte de la référence 8

En cas d'allogreffe, une particularité dans l'étape de conditionnement est de réaliser une irradiation corporelle totale appelée TBI (Total Body Irradiation). Comme le nom l'indique, l'irradiation corporelle totale consiste en une irradiation totale du corps, avec protection des poumons pour réduire les risques de complications pulmonaires dues aux radiations. La TBI sert à supprimer le système immunitaire du transplanté et à éradiquer les cellules cancéreuses résiduelles, augmentant la chance de réussite de la transplantation⁹.

B. Cellules CAR-T¹⁰

Le traitement par cellules CAR-T (Chimeric Antigen Receptor - T) est une **stratégie d'immunothérapie** cellulaire visant à combattre le cancer en s'appuyant sur le système immunitaire du patient.

Les cellules CAR-T sont des **lymphocytes T modifiés génétiquement** dans le but de reconnaître puis éliminer les cellules cancéreuses. Elles sont à la base d'une toute nouvelle approche de traitement contre le cancer consistant à prélever des cellules immunitaires d'un patient (ici les lymphocytes T) pour les doter d'un récepteur capable de **reconnaître et d'éliminer les cellules cancéreuses**. Ces lymphocytes T ainsi reprogrammés génétiquement sont **réinjectés** au patient (cf schéma).



Thérapie ciblée^{11,12}



Les thérapies ciblées regroupent un ensemble de médicaments qui s'intègrent dans une stratégie thérapeutique dite « **de précision** ». Ces traitements sont conçus pour **bloquer** les mécanismes indispensables à la prolifération des cellules cancéreuses, en ciblant spécifiquement certaines protéines.

Dans la LAM, les thérapies ciblées vont viser des protéines dont l'activité a été modifiée à cause de mutations dans un ou plusieurs gènes impliqués dans la croissance et la survie cellulaire.

En éliminant avant tout les cellules porteuses de l'anomalie moléculaire ciblée, ces thérapies sont généralement mieux tolérées que les chimiothérapies conventionnelles qui détruisent toutes les cellules en division dans l'organisme (ce qui entraîne par exemple la perte des cheveux). Toutefois, elles ne sont pas exemptes d'effets indésirables pouvant, dans les cas les plus sévères, entraîner l'interruption du traitement.

En **fonction des mutations** retrouvées au diagnostic, votre médecin proposera une thérapie ciblée seule ou en association à une autre molécule.

Immunothérapie



L'immunothérapie antitumorale est une stratégie thérapeutique contre le cancer. Elle consiste à utiliser les défenses naturelles du patient, à mobiliser et « rééduquer » son système immunitaire, afin qu'il reconnaisse les cellules cancéreuses et les détruise¹³.

L'immunothérapie fait actuellement l'objet de plusieurs **essais cliniques** dans les LAM¹⁴.

Importance de la recherche clinique¹⁵



La recherche médicale avance vite dans le domaine des nouveaux médicaments en hématologie. Cela permet d'accéder précocement à l'innovation avec une potentielle amélioration du taux de réponse et de la survie. L'inclusion dans un essai clinique repose sur un **choix libre et éclairé** du patient après avoir reçues des informations claires et compréhensibles.

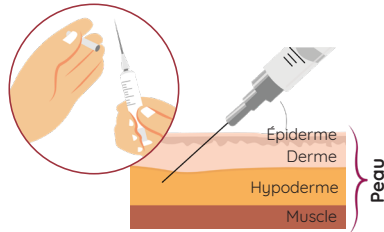


Mode d'administration des traitements de la LAM



Oral¹⁶

La voie orale (par la bouche) est une voie d'administration de médicaments à destination entérale (par le tube digestif).



Sous-cutanée¹⁶

L'administration de médicaments par voie sous-cutanée (SC) consiste en l'injection continue ou discontinue de médicaments dans le tissu sous-cutané (hypoderme).

Intraveineux^{16,17}

La voie intraveineuse (IV) permet d'administrer le médicament directement dans le sang afin d'obtenir un effet rapide. On distingue : l'injection IV directe (IVD) qui permet l'injection d'une dose unique d'un médicament, et la perfusion, qui permet l'administration de médicament sur une période prolongée à un débit fixe.



Pour faciliter les perfusions de chimiothérapie et éviter d'avoir des piqûres à chaque fois, l'administration se fait par un tube en plastique flexible qu'on insère à travers la peau jusqu'à une veine, on appelle ce dispositif un « cathéter ».

Différents types de cathéters peuvent être utilisés selon les besoins^{18,19,20} :

- Cathéter veineux périphérique (CVP)

Ce cathéter est placé au niveau de la main ou du bras dans une veine périphérique. Un CVP sera posé uniquement pour un traitement de courte durée.

- Cathéter veineux central (CVC)

Ici, le cathéter est placé jusqu'à une veine centrale en direction du cœur, appelée la veine cave supérieure. Les plus couramment utilisés sont les suivants :

1. Cathéter veineux central inséré en périphérie (ou PICC lines - Peripherally inserted central catheter).

Ce cathéter est placé en périphérie souvent au-dessus du pli du coude dans une veine qui rejoint le cœur.

2. Cathéter veineux central tunnelisé

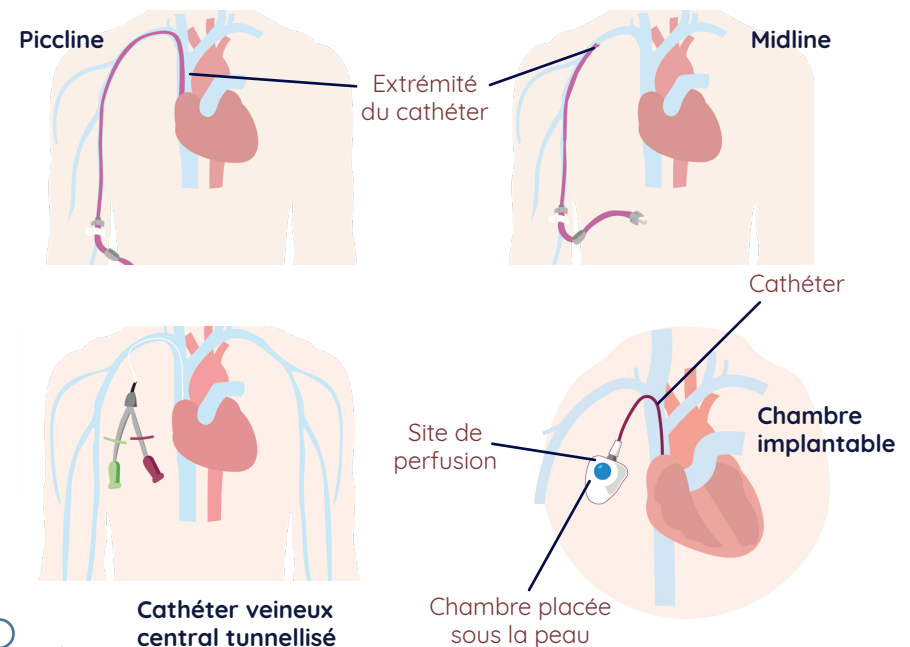
Ici, on insère le cathéter dans une veine jugulaire interne au niveau du cou ou une veine sous-clavière et on achemine le cathéter sous la peau le long de la cage thoracique (tunnel), le faisant émerger plus loin que le site d'entrée dans la veine. L'objectif de ce cathéter est de réduire le risque d'infection.

3. Cathéter à chambre implantable (ou PAC - Port-à-Cath)

Ce dispositif est composé d'un petit réservoir (la chambre implantable) et du cathéter qui est entièrement placé sous la peau au cours d'une courte intervention chirurgicale sous anesthésie locale. Le réservoir sous la peau est piqué avec une aiguille spéciale lors de chaque perfusion. Ce type de cathéter, étant à l'abri sous la peau, présente l'avantage de pouvoir s'habiller, faire une activité ou encore se baigner sans gêne.

- Le cathéter Midline :

Ces cathéters sont comme les CVC, c'est-à-dire qu'ils sont insérés dans des veines profondes, au niveau du pli du coude, mais ils sont plus courts et ne vont pas jusqu'à la veine cave supérieure. Ils peuvent être préférés aux CVC car les infections sont moins fréquentes, mais ils ne peuvent pas être utilisés pour administrer des traitements de chimiothérapie.



Effets secondaires les plus fréquents^{21,22,23,24}

Les effets secondaires des traitements dépendent principalement du type de traitement et de sa durée. L'équipe soignante est présente pour expliquer au patient les effets secondaires possibles du traitement et comment les surmonter.

Alopécie

Les médicaments de chimiothérapie ciblent également les cellules saines responsables de la croissance des cheveux et des poils. Certains traitements peuvent entraîner une chute des cheveux ainsi que des poils du corps et du visage, un phénomène appelé alopécie. Les cils peuvent aussi tomber temporairement. Dans la plupart des cas, la repousse des cheveux débute environ six à huit semaines après la fin du traitement.

Les aphtes

La muqueuse de la bouche est souvent sensible à l'action de la chimiothérapie, étant composée de cellules qui se divisent très rapidement. Cela peut entraîner une inflammation (mucite) et des lésions dans la bouche, que sont les aphtes.

Infections

Une baisse du nombre de globules blancs (leucopénie), en particulier des polynucléaires neutrophiles (neutropénie) ou des lymphocytes (lymphopénie) est fréquente. Cette baisse entraîne un risque accru d'infection car les moyens de défense du corps sont réduits. Les signes d'une infection peuvent inclure : une fièvre supérieure à 38°C associée ou non à des frissons, une toux, un mal de gorge, une sensation de brûlure en urinant, des diarrhées ou des vomissements importants²².

Diarrhée / constipation

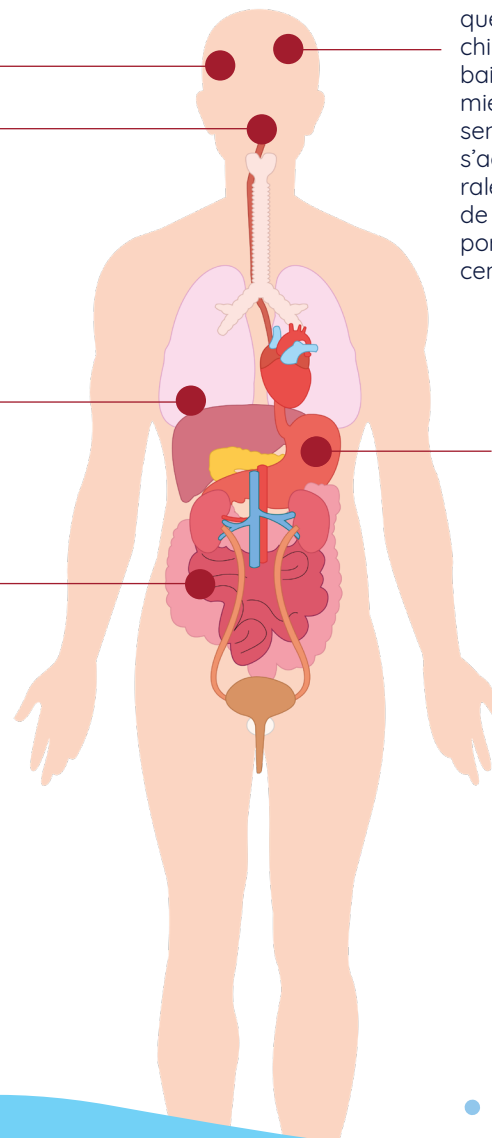
Sont des effets secondaires fréquents liés aux traitements de chimiothérapie, de thérapies ciblées et d'immunothérapie.

Asthénie

La fatigue est un symptôme très fréquent au cours des traitements par chimiothérapie. Une des raisons est la baisse du taux de globules rouges (anémie). La fatigue liée au cancer est une sensation persistante de fatigue, qui s'accompagne d'une faiblesse générale, d'un manque d'énergie, de troubles de la concentration. Elle n'est pas proportionnelle à une activité physique récente et subsiste après le repos.

Nausées / vomissements

Sont des effets secondaires fréquents liés aux traitements de chimiothérapie, thérapies ciblées et d'immunothérapie.



Objectif prévention

L'objectif au cours du traitement est de prévenir ces effets secondaires. Des traitements préventifs (antiémétiques, antidiarrhéiques, antibiotiques, antifongiques...) seront instaurés dès le début de la chimiothérapie et lors de la greffe.

Prendre les décisions thérapeutiques

Traitement personnalisé¹⁵

Les Leucémies Aiguës Myéloïdes ou LAM sont un ensemble de maladies très hétérogènes qui n'ont pas toujours le même pronostic. De même qu'il n'existe pas « une LAM », il n'y a pas « un traitement de la LAM » mais des **principes de prise en charge** autour d'un traitement socle de chimiothérapie. Il peut être complété par d'autres traitements en fonction des mutations, du caractère primaire ou secondaire de la maladie, de l'âge et des comorbidités du patient. C'est pour tout cela que l'on parle de « **traitement personnalisé** ». Ce traitement doit également faire intervenir la notion de soins de supports et potentiellement de soins palliatifs, précocement en fonction du pronostic du patient.



En fonction de l'âge

L'âge est un critère pour choisir l'intensité de la prise en charge. Les patients les plus âgés se voient ainsi proposer le traitement non intensif, car ils ne sont pas dans un état de santé suffisamment bon pour supporter la chimiothérapie intensive. Chez les sujets âgés de plus de 75 ans, une **évaluation gériatrique** est recommandée pour évaluer l'impact du traitement sur le devenir du patient.



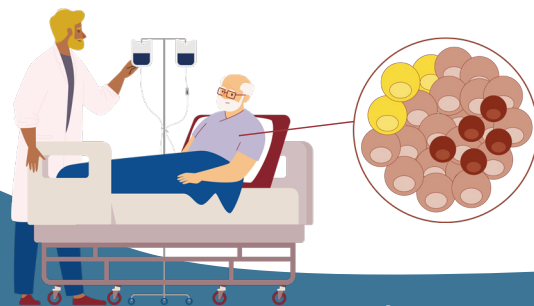
En fonction des mutations

Les mutations peuvent permettre de proposer une thérapie ciblée. Le **profil génétique** du patient sera analysé afin d'identifier les mutations pouvant faire l'objet d'un traitement par thérapie ciblée.



En fonction du choix du patient

La décision médicale partagée est essentielle après information compréhensible du patient. Il est fondamental qu'il soit au courant de l'efficacité du traitement attendu mais également des modalités de traitements (hospitalisation versus ambulatoire) et des potentiels effets indésirables.



En fonction des comorbidités

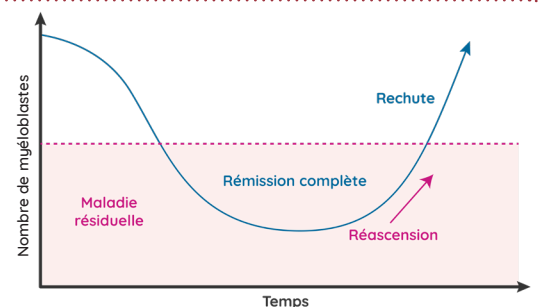
La prise en compte des comorbidités est indispensable pour évaluer le risque de mortalité en fonction du traitement envisagé. Pour savoir si le patient pourra supporter une greffe de Cellules Souches Hématopoïétiques (CSH) ou une chimiothérapie intensive, on utilise le score de comorbidité spécifique à la greffe (HCT-CI).



En fonction de la MRD²⁵

La maladie résiduelle est une information importante pour déterminer la persistance des cellules leucémiques ayant survécu à la chimiothérapie. Elle permet d'aider l'hématologue à prendre une ou des décision(s) quant à **la suite du traitement**, que ce soit pour décider de réaliser une greffe, d'intensifier le traitement ou de réaliser une désescalade des traitements.

Le but de la maladie résiduelle est d'apprécier au mieux la partie de la maladie persistante sous la courbe, dans la limite de précision permise par la technique employée. Pour ce faire, la maladie résiduelle est évaluée avec une technique de biologie moléculaire permettant de déterminer la **signature** propre à chaque LAM et donc à chaque patient.



En fonction des essais cliniques disponibles

Des protocoles ou essais thérapeutiques peuvent être proposés au patient atteint de LAM. L'accessibilité à un essai sera discuté avant chaque prise en charge au cours d'une **RCP** (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire). Pour participer à l'essai, le patient signe un **formulaire de consentement libre et éclairé**, après avoir reçu de la part du médecin toute les informations nécessaires pour comprendre l'essai et les risques encourus.

Textes construits à partir des témoignages du comité scientifique, soutenus par des références scientifiques

Soins de support²⁶

Transfusions de produits sanguins labiles

Des examens biologiques seront réalisés régulièrement afin de prévenir l'anémie ou la thrombopénie liées à la maladie et/ou aux traitements. En fonction des résultats, votre médecin prescrira des transfusions de concentrés de globules rouges et/ou de concentrés de plaquettes²⁷.

En hématologie, la prise en charge est holistique et demande l'intervention de nombreux intervenants, médicaux et paramédicaux, qui travaillent en collaboration dans un but commun : **le patient et son entourage**.

Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont proposés par le médecin au patient dans le cadre de son parcours de soins et évoqués le plus précocement possible afin de les anticiper. Ainsi, au moment opportun, ils peuvent être mis en œuvre pour compléter ou se substituer aux soins curatifs.



Kinésithérapie / Activité Physique Adaptée (APA)

Afin de palier aux effets de la chimiothérapie et de l'alitement (fonte musculaire, perte d'amplitude articulaire, raideurs, douleurs) un kinésithérapeute et/ou un professeur (ou professionnel) d'Activité Physique Adaptée (APA) intervient dans les services d'hématologie. Cette prise en charge aide les patients à garder un tonus musculaire et améliore la qualité de vie du patient hospitalisé, physiquement comme psychologiquement. Les patients sont encouragés à pratiquer une activité physique adaptée régulière tout au long de l'hospitalisation et au domicile.



Psychologue

Dès l'annonce de la maladie, l'hématologue met en relation le patient avec le psychologue du service afin d'établir un premier contact puis de pérenniser la prise en charge à sa convenance tout au long du parcours de soin. Le psychologue est un soutien pour lui mais également pour son entourage dans les phases d'acceptation de la maladie et des traitements. Il pourra être sollicité autant de fois que souhaité.



Socio-esthéticienne

La socio-esthéticienne aide à maintenir l'estime de soi et le bien-être des patients en proposant des massages et des soins esthétiques comme la coiffure, le maquillage, la manucure... Elle dispense des conseils pratiques pour appréhender les problématiques rencontrées telles que l'alopécie.



Infirmier de Pratique Avancée (IPA) / Infirmier d'Assistance aux Malades en Ambulatoire (AMA)

L'IPA est un soutien important pour les médecins dans la prise en charge des patients. Il prend le relai ou anticipe la consultation du médecin en programmant des consultations. Il est un maillon essentiel dans le parcours de soin du patient, particulièrement en cas de traitement incluant des thérapies orales, en restant à l'écoute des patients en cas de survenue d'un quelconque problème de santé.



Diététicien

Le diététicien intervient dans les services d'hématologie pour conseiller le patient afin de maintenir un bon état nutritionnel tout au long de sa prise en charge et limiter ainsi les risques de dénutrition. Il assure le suivi de l'état nutritionnel en mettant en place si besoin des solutions de nutrition telles que la nutrition entérale, parentérale ou la prescription de compléments nutritionnels oraux (CNO). Il pourra également proposer des repas adaptés aux goûts du patient.



Pharmacien « clinicien »

Le pharmacien clinicien participe à la prévention des erreurs médicamenteuses et à la réflexion sur l'efficacité des prescriptions. Il a un rôle majeur pour renforcer la sécurité du médicament pour le patient en collaborant avec les autres professionnels de santé. Le pharmacien vient en consultation à l'entrée du patient pour faire un point sur les traitements en cours et les traitements qui vont être administrés durant l'hospitalisation. Cela permet de détecter les possibles interactions médicamenteuses. A la sortie, le pharmacien viendra aussi voir le patient pour expliquer les précautions à prendre avec les nouveaux traitements, les effets secondaires possibles. Dans certains cas, l'intervention d'un infirmier libéral sera nécessaire pour éviter le risque d'erreur ou de surdosage.



Assistant de service social (ASS)

A l'annonce de la maladie, la vie du patient peut basculer, notamment pour des patients qui travaillent ou qui ont des difficultés financières. L'assistante sociale est là pour les informer de leurs droits, les aider à remplir un dossier administratif ou les orienter vers le service le plus pertinent. Ses coordonnées seront communiquées au patient s'il en fait la demande.

Textes construits à partir des témoignages du comité scientifique

Glossaire

ADN : Long filament constitué d'une succession de bases (Adénine, Guanine, Cytosine, Thymine). La séquence très précise des bases constitue les gènes. L'ADN (acide désoxyribonucléique) contient donc l'ensemble des informations nécessaires au développement et au fonctionnement d'un organisme.

Allogreffe : Greffe de tissus ou transplantation à partir d'un donneur génétiquement différent de la même espèce animale.

Anémie : Diminution de la quantité d'hémoglobine totale fonctionnelle circulante, en corrélation avec une diminution du nombre des hématies.

Comorbidité : La comorbidité se caractérise par l'existence d'une maladie principale dite « primaire » ou « index » associée à de multiples et spécifiques conditions cliniques.

Leucopénie : Diminution du nombre de leucocytes circulants en valeur absolue.

Mutation : Modification de la séquence des bases d'un gène. Cette modification peut conduire à une altération du fonctionnement du gène, voire une non expression du gène.

Myéloïde : Qui est en rapport avec la moelle osseuse. C'est aussi la lignée des globules rouges, plaquettes et globules blancs qui ne sont pas des lymphocytes (macrophages, cellules dendritiques, ostéoblastes, granulocytes neutrophiles, basophiles et éosinophiles), ainsi que tous leurs précurseurs immatures.

Myélogramme : Étude qualitative et quantitative de la composition cellulaire de la moelle osseuse prélevée par ponction.

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Thrombopénie : Diminution du nombre de plaquettes au-dessous de 150 000 par mm³ de sang circulant, par défaut de production médullaire ou hyperdestruction périphérique par le système macrophagique (essentiellement au niveau de la rate et du foie).

Sources des définitions :

1. Glossaire de Laurette Fugain
Certaines définitions sont issues du glossaire disponible sur le site web de l'association Laurette Fugain : <https://www.laurettefugain.org/>

2. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine
Certaines définitions sont issues du Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine : <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php>

Bibliographie

1. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Les leucémies aigües de l'adulte. 2023.
2. ESMO. Qu'est-ce que la leucémie aigüe myéloblastique ? 2011.
3. Cancer Research UK. Treatment options for acute myeloid leukaemia (AML). [cancerresearchuk.org/about-cancer/acute-myeloid-leukaemia-aml/treating-aml/decisions-about-your-treatment]
4. HAS. ACTES ET PRESTATIONS - AFFECTION DE LONGUE DURÉE. 2015.
5. ARCAGY-GINECO, D. B. P.-. Traitements de la leucémie myéloblastique (LAM). Infocancer [arcagy.org/infocancer/localisations/hemopathies-malignes-cancers-du-sang/leucemies-aigues/traitements/leuc-mie-aigu-my-loblastique.html] 2025.
6. Thérapie cellulaire · Inserm, La science pour la santé. Inserm [inserm.fr/dossier/therapie-cellulaire] 2015.
7. Giral, S. & Bishop, M. R. Principles and Overview of Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation. Cancer Treat. Res. 2009.
8. ARCAGY-GINECO, D. B. P.-. Les allogreffes de moelle osseuse. Infocancer [arcagy.org/infocancer/traitement-du-cancer/greffes/les-greffes-de-moelle-osseuse/les-allogreffes.html] 2024.
9. Sabloff, M., et al. Total Body Irradiation for Hematopoietic Stem Cell Transplantation: What Can We Agree on? Curr. Oncol., 2021.
10. Gustave Roussy. Les cellules CAR-T. [gustaveroussy.fr/fr/les-cellules-car-t]
11. Fondation ARC pour la recherche contre le cancer. Soigner un cancer par thérapies ciblées. 2024.
12. ACS. Targeted Therapy Drugs for Acute Myeloid Leukemia (AML).
13. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Qu'est-ce que l'immunothérapie anti-tumorale ? [fondation-arc.org/traitements-soins-cancer/immunotherapie/quest-ce-que-immunotherapie-anti-tumorale] 2023.
14. Tian, C. & Chen, Z. Immune therapy: a new therapy for acute myeloid leukemia. Blood Sci. 2022.
15. Heuser, M. et al. Acute myeloid leukaemia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. Ann. Oncol. 2020.
16. Kim, J. & De Jesus, O. Medication Routes of Administration. in StatPearls (StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), 2024).
17. OMEDIT. Rappels sur la perfusion intra-veineuse [Bonnes Pratiques de perfusion : Bon Usage du perfuseur par gravité]. [omedit-centre.fr/perfuseur/co/grain.html]
18. INCa. Comprendre la chimiothérapie. 2011.
19. C. H. U. de Montpellier. VOIE VEINEUSE CENTRALE: Picc line, Port à cath, Broviac. CHU de Montpellier : Site Internet [chu-montpellier.fr/fr/offre-de-soins/consultations/voie-veineuse-centrale-picc-line-port-a-cath-broviac-347]
20. Intravenous (IV) Lines, Catheters, and Ports Used in Cancer Treatment, American Cancer Society. 2023.



SERVIER 



**Laurette
Fugain**

