



PRISE EN CHARGE DES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS CHIMIOINDUITS CHEZ LES ENFANTS / ADOLESCENTS

Journée POHO – 24 mai 2024

Dr Jamie Probert

Oncohématologie pédiatrique CHU Rennes



Nausées-vomissements induits par les traitements anticancéreux (NVITAC) en oncologie pédiatrique : recommandations 2022 du Comité soins de support de la SFCE

Sandrine Thouvenin-Doulet¹, Samia Mouffak², Amandine Bertrand³, Aude Marie Cardine⁴,
Maïna Letort-Bertrand⁵, Dominique Levy⁶, Virginie Wiart-Monger⁷, Cyril Lervat⁷, Marilynne Poirée⁸

Constat de départ

- 2500 nouveaux diagnostics de cancer pédiatrique /an
- Chimio et/ou radiothérapie indiquée(s) à 90%
- Nausées et vomissements chimio ou radio-induits (NVCRI) fréquents et redoutés ++



- Altération de la qualité de vie
- Complications métaboliques, nutritionnelles, allongement des durées d'hospitalisation...

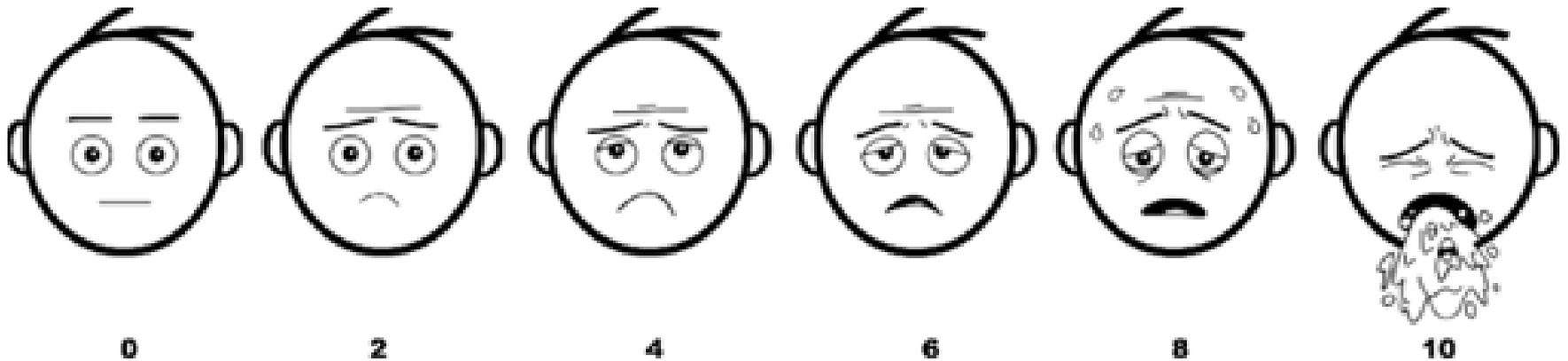
En pédiatrie:

- Pas de consensus / PEC (jusqu'à récemment !)
 - Peu/pas d'évaluation

Généralités

- Mécanismes des NV (sensoriel / émotionnel / cognitif / comportemental)
- **Facteurs individuels** influençant la survenue de NV
- Potentiel émetisant variable **selon les traitements**
- Importance de la **prévention primaire** des NVCRI
 - Optimiser la tolérance de la cure en cours
 - Limiter les NV anticipés
- Ecart significatif entre perception soignante du symptôme NV et vécu du patient lui-même : **autoévaluation +++++**

Echelle de BARF (BAXter Retching Faces)



De quoi on parle...

- **3 types de NVCRI** selon leur temporalité :
 - **Anticipé** : dans les 48h qui précèdent l'administration de chimiothérapie
 - **Aigus** : H1-H24 de la fin de la chimiothérapie
 - **Retardés** : H24-J7 de la fin de la chimiothérapie

NVCRI retardés favorisés par :

- ✓ Certaines molécules de chimiothérapie (sels de platine ++, anthracyclines, cyclophosphamide...)
- ✓ Terrain anxieux
- ✓ Mauvais contrôle des NVCRI aigus => **IMPORTANCE DE LA PROPHYLAXIE !**

De quoi on parle...

- **NVCRI non maîtrisés**

- NVCRI aigus ou retardés, non contrôlés par la prophylaxie

- **NVCRI réfractaires**

- NVCRI aigus ou retardés, survenant malgré la prophylaxie avec antécédent de NVCRI non maîtrisés lors des cures précédentes

Contrôle optimal des NVCRI =

- absence de NVCRI,
- pas de traitement autre que la prophylaxie nécessaire,
- absence de diminution de l'appétit en rapport avec les nausées lors de phases aiguës et retardées.

De quoi on parle...

- Sévérité des NVCRI = grades NCI-CTCAE

	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
Nausées	Perte d'appétit	Réduction des apports alimentaires sans perte de poids Hydrat IV < 24h	Apport calorique ou hydrique insuffisant Hydrat IV ou NPT ≥ 24h	-	-
Vomissements	1/24h	2 à 5/24h Hydrat IV < 24h	≥ 6/24h Hydrat IV ou NPT ≥ 24h	Risque vital	Décès

Niveau de risque émétogène

- Très faible < 10% :

- ✓ Asparaginase IM
- ✓ Mercaptopurine PO
- ✓ Méthotrexate PO
- ✓ Bevacizumab
- ✓ Bleomycine
- ✓ Vinorelbine
- ✓ Vincristine
- ✓ Vinblastine
- ✓ Nivolumab/Pembrolizumab
- ✓ Rituximab

- Faible 10-30% :

- ✓ Cyclophosphamide (500 mg/m²)
- ✓ Cyclophosphamide PO
- ✓ Temozolomide
- ✓ Procarbazine PO
- ✓ Mitoxantrone
- ✓ Blinatumomab
- ✓ Cytarabine (< 1g /m²)
- ✓ Topotécan
- ✓ Etoposide

- Modéré 30-90%

- ✓ Cyclophosphamide (1000 mg/m²)
- ✓ Carboplatine
- ✓ Cytarabine IV (> 1 g/m²)
- ✓ Méthotrexate (5 g/m²)
- ✓ Méthotrexate IT
- ✓ Doxorubicine (< 30 mg/m²)
- ✓ Irinotécan
- ✓ Azacitidine
- ✓ Thiotépa

- Elevé > 90% :

- ✓ Cisplatine
- ✓ Cyclophosphamide (> 1,2 g/m²)
- ✓ Ifosfamide
- ✓ Dacarbazine, procarbazine
- ✓ Méthotrexate (> 12 g/m²)
- ✓ Doxorubicine (> 30 mg/m²)
- ✓ Busulfan (> 0,8 mg/kg)
- ✓ Cytarabine (> 3 g/m²)
- ✓ Dactinomycine (> 1350 µg/m²)
- ✓ Erwiniasine (> 20 000 UI/m²)
- ✓ Melphalan IV

Niveau de risque émétogène

• Très faible < 10% :

- ✓ Asparaginase IM
- ✓ Mercaptopurine PO
- ✓ Méthotrexate PO
- ✓ Bevacizumab
- ✓ Bleomycine
- ✓ Vinorelbine
- ✓ Vincristine
- ✓ Vinblastine
- ✓ Nivolumab/Pembrolizumab
- ✓ Rituximab

• Modéré 30-90%

- ✓ Cyclophosphamide (1000 mg/m²)
- ✓ Carboplatine
- ✓ Cytarabine IV (1-3 g/m²)
- ✓ Méthotrexate (15-25 mg/m²)
- ✓ Melphalan IV (150 mg/m²)
- ✓ Mitomycine (10 mg/m²)
- ✓ Sulfasalazine (100 mg/m²)
- ✓ Thioguanine (100 mg/m²)
- ✓ Uracile (100 mg/m²)
- ✓ Zalcitidine

• Faible 10-30%

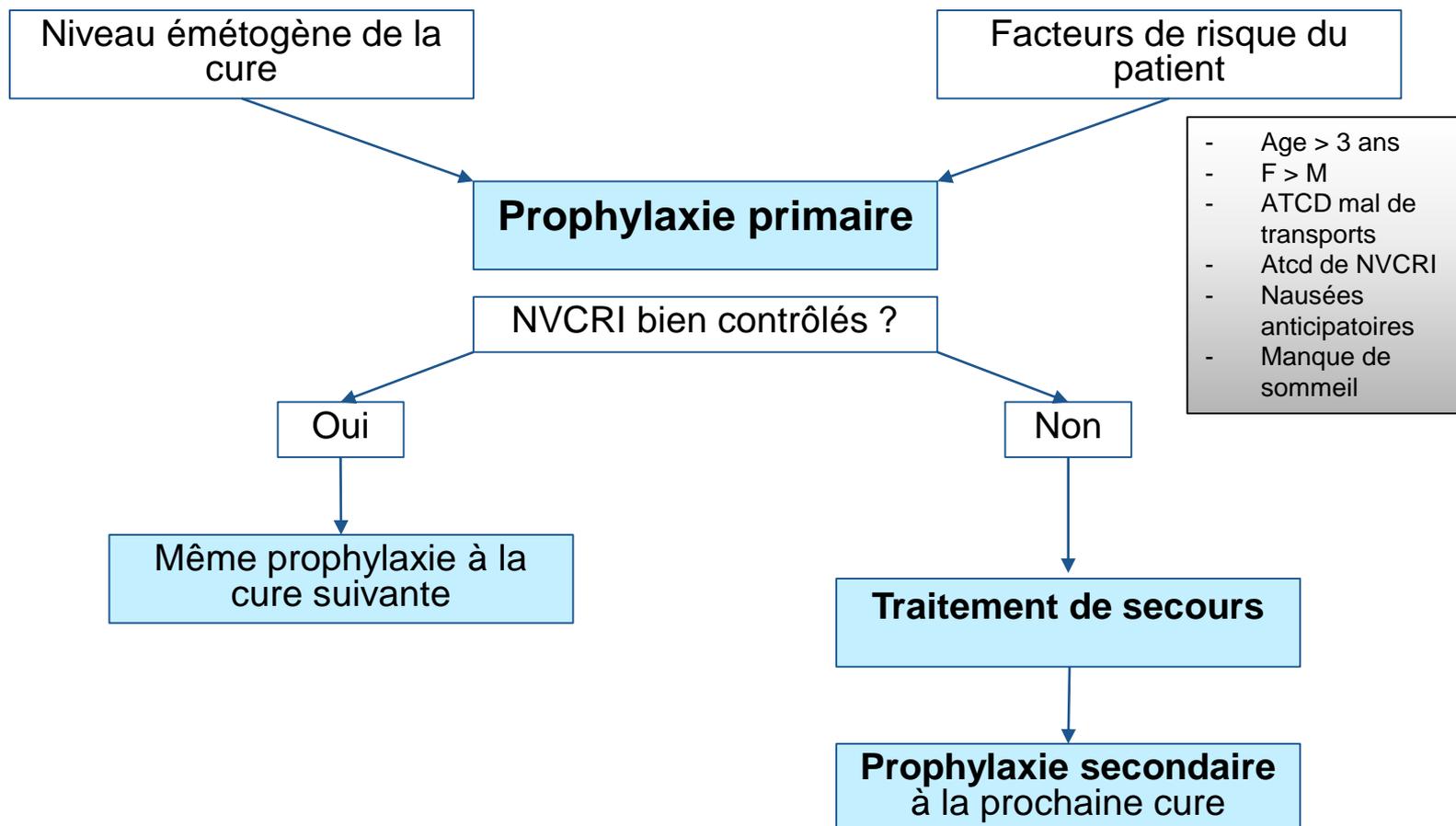
- ✓ Cyclophosphamide (500 mg/m²)
- ✓ Cyclophosphamide PO (1000 mg/m²)
- ✓ Temozolamide
- ✓ Procarbazine PO
- ✓ Mitoxantrone
- ✓ Blinatumomab
- ✓ Cytarabine (< 1g /m²)
- ✓ Topotécan
- ✓ Etoposide

• Elevé > 90% :

- ✓ Cisplatine
- ✓ Cyclophosphamide (> 1,2 g/m²)
- ✓ Ifosfamide
- ✓ Dacarbazine, procarbazine
- ✓ Méthotrexate (> 12 g/m²)
- ✓ Doxorubicine (> 30 mg/m²)
- ✓ Busulfan (> 0,8 mg/kg)
- ✓ Cytarabine (> 3 g/m²)
- ✓ Dactinomycine (> 1350 µg/m²)
- ✓ Erwiniase (> 20 000 UI/m²)
- ✓ Melphalan IV

Niveau de risque émétogène de la cure = niveau de risque du médicament le plus émétogène

Quelle stratégie ?



Classes thérapeutiques utilisées

- **Sétrons :**

- Zophren® = Ondansétron PO et IV
- Kytril® = Granisétron IV
- Aloxi® = Palonosétron IV – **Intérêt = demi vie plus longue, en injection unique, mais > Zophren® sur les NV retardés.**

- **Inhibiteurs dopaminergiques, neuroleptiques :**

- Pimpéran® = métoclopramide (**> 1 an**)
- Plitican® = alizapride (plus d'AMM en pédiatrie depuis 2019)
- Largactil® = chlorpromazine (**> 3 ans**)

- **Anti NK1 (> 6 mois)**

- Emend® = Aprépitant – **Attention aux interactions** (thérapies ciblées, ATD...)

- **Corticostéroïdes**

- Dexaméthasone
- Méthylprednisolone

- **Anxiolytiques :**

- Atarax®
- Xanax® si > 15 ans

Quelques principes ...

- Evaluation indispensable (idem douleur)
- Débuter antiémétiques 1h avant chimiothérapie
- NE jamais stopper un antiémétique pendant une cure (ex, si CTC débutés en traitement de secours, ne pas arrêter)
- Dose réduite de CTC avec Emend (demi dose)
- Dose réduite d'Emend avec Ifosfamide (Holoxan)
- Ne pas associer anti dopaminergiques et neuroleptiques (Primperan et Largactil par ex.)

Prophylaxie primaire

Risque très faible	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
Aucun traitement	MONTHÉRAPIE	BITHÉRAPIE	ASSOCIATION
	Setron (Zophren®) ou anti D2 (Primperan®)	Setron + anti D2	Setron + Aprépitant (Emend®) + anti D2
		Puis monothérapie jusqu'à H48	Puis mono ou bithérapie jusqu'à H48

Traitement de secours

Risque très faible	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
Setron	Setron +/- anti D2	CTC et optimiser Setron (IVC ou palonosétron) +/- anxiolytique	Optimiser Setron (IVC ou palonosétron) + anti D2 (ou neuroleptique continu : Largactil®) + CTC si non utilisé en prophylaxie + anxiolytique

Prophylaxie secondaire

= prophylaxie primaire + traitement de secours

Vomissements retardés

- S'assurer du bon contrôle des vomissements aigus
- Anxiolytique pendant la cure
- A la phase retardée : anti D2 + anxiolytique

Vomissements anticipés

- Anxiolytiques à J-2 de la cure

Quizz

J1

Doxorubicine IV	60 mg/m ²
-----------------	----------------------

Ifosfamide (HOLOXAN) IV	3000 mg/m ²
-------------------------	------------------------

J2

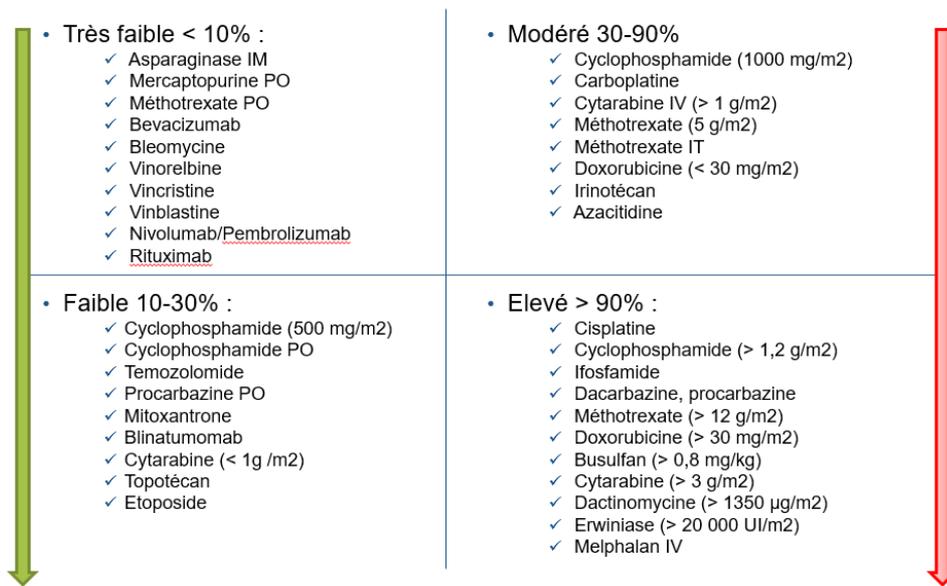
Ifosfamide (HOLOXAN) IV	3000 mg/m ²
-------------------------	------------------------

Cisplatine IV	33.33 mg/m ²
---------------	-------------------------

J3 et J4

Cisplatine IV	33.33 mg/m ²
---------------	-------------------------

Niveau de risque ?



Quizz

J1

Doxorubicine IV	60 mg/m ²
Ifosfamide (HOLOXAN) IV	3000 mg/m ²

J2

Ifosfamide (HOLOXAN) IV	3000 mg/m ²
Cisplatine IV	33.33 mg/m ²

J3 et J4

Cisplatine IV	33.33 mg/m ²
---------------	-------------------------

Niveau de risque ?

Elevé

Quizz

J1

Doxorubicine IV	60 mg/m ²
Ifosfamide (HOLOXAN) IV	3000 mg/m ²

J2

Ifosfamide (HOLOXAN) IV	3000 mg/m ²
Cisplatine IV	33.33 mg/m ²

J3 et J4

Cisplatine IV	33.33 mg/m ²
---------------	-------------------------

Niveau de risque ?

Elevé

Prophylaxie ?

Traitement de secours ?

Quizz

J1

Doxorubicine IV	60 mg/m ²
Ifosfamide (HOLOXAN) IV	3000 mg/m ²

J2

Ifosfamide (HOLOXAN) IV	3000 mg/m ²
Cisplatine IV	33.33 mg/m ²

J3 et J4

Cisplatine IV	33.33 mg/m ²
---------------	-------------------------

Niveau de risque ?

Elevé

Prophylaxie ?

Zophren

Emend

+/- Primperan

+/- CTC

Traitement de secours ?

Primperan si non utilisé ou Largactil

CTC si non utilisé

Optimiser Sétrons (IVC ou palono ?)

Anxiolytique

Quizz

J1 à J3

Carboplatine IV	200 mg/m ²
Etoposide phosphate (ETOPOPH)	150 mg/m ²

Niveau de risque ?

<ul style="list-style-type: none">• Très faible < 10% :<ul style="list-style-type: none">✓ Asparaginase IM✓ Mercaptopurine PO✓ Méthotrexate PO✓ Bevacizumab✓ Bleomycine✓ Vinorelbine✓ Vincristine✓ Vinblastine✓ Nivolumab/Pembrolizumab✓ Rituximab	<ul style="list-style-type: none">• Modéré 30-90%<ul style="list-style-type: none">✓ Cyclophosphamide (1000 mg/m2)✓ Carboplatine✓ Cytarabine IV (> 1 g/m2)✓ Méthotrexate (5 g/m2)✓ Méthotrexate IT✓ Doxorubicine (< 30 mg/m2)✓ Irinotécan✓ Azacitidine
<ul style="list-style-type: none">• Faible 10-30% :<ul style="list-style-type: none">✓ Cyclophosphamide (500 mg/m2)✓ Cyclophosphamide PO✓ Temozolomide✓ Procarbazine PO✓ Mitoxantrone✓ Blinatumomab✓ Cytarabine (< 1g /m2)✓ Topotécan✓ Etoposide	<ul style="list-style-type: none">• Elevé > 90% :<ul style="list-style-type: none">✓ Cisplatine✓ Cyclophosphamide (> 1,2 g/m2)✓ Ifosfamide✓ Dacarbazine, procarbazine✓ Méthotrexate (> 12 g/m2)✓ Doxorubicine (> 30 mg/m2)✓ Busulfan (> 0,8 mg/kg)✓ Cytarabine (> 3 g/m2)✓ Dactinomycine (> 1350 µg/m2)✓ Erwinia (> 20 000 UI/m2)✓ Melphalan IV

Quizz

J1 à J3

Carboplatine IV	200 mg/m ²
Etoposide phosphate (ETOPOPH)	150 mg/m ²

Niveau de risque ?

Modéré

Quizz

J1 à J3

Carboplatine IV	200 mg/m ²
Etoposide phosphate (ETOPOPH)	150 mg/m ²

Niveau de risque ?

Modéré

Prophylaxie ?

Traitement de secours ?

Quizz

J1 à J3

Carboplatine IV	200 mg/m ²
Etoposide phosphate (ETOPOPH)	150 mg/m ²

Niveau de risque ?

Modéré

Prophylaxie ?

Zophren

Primperan

Traitement de secours ?

Corticoïdes

+/- anxiolytiques

Quizz

J1

Vincristine IV	1.5 mg/m ²
6-Mercaptopurine PO	50 mg/m ²

Niveau de risque ?

<ul style="list-style-type: none">• Très faible < 10% :<ul style="list-style-type: none">✓ Asparaginase IM✓ Mercaptopurine PO✓ Méthotrexate PO✓ Bevacizumab✓ Bleomycine✓ Vinorelbine✓ Vincristine✓ Vinblastine✓ Nivolumab/Pembrolizumab✓ Rituximab	<ul style="list-style-type: none">• Modéré 30-90%<ul style="list-style-type: none">✓ Cyclophosphamide (1000 mg/m2)✓ Carboplatine✓ Cytarabine IV (> 1 g/m2)✓ Méthotrexate (5 g/m2)✓ Méthotrexate IT✓ Doxorubicine (< 30 mg/m2)✓ Irinotécan✓ Azacitidine
<ul style="list-style-type: none">• Faible 10-30% :<ul style="list-style-type: none">✓ Cyclophosphamide (500 mg/m2)✓ Cyclophosphamide PO✓ Temozolomide✓ Procarbazine PO✓ Mitoxantrone✓ Blinatumomab✓ Cytarabine (< 1g /m2)✓ Topotécan✓ Etoposide	<ul style="list-style-type: none">• Elevé > 90% :<ul style="list-style-type: none">✓ Cisplatine✓ Cyclophosphamide (> 1,2 g/m2)✓ Ifosfamide✓ Dacarbazine, procarbazine✓ Méthotrexate (> 12 g/m2)✓ Doxorubicine (> 30 mg/m2)✓ Busulfan (> 0,8 mg/kg)✓ Cytarabine (> 3 g/m2)✓ Dactinomycine (> 1350 µg/m2)✓ Erwinia (> 20 000 UI/m2)✓ Melphalan IV

Quizz

J1

Vincristine IV	1.5 mg/m ²
6-Mercaptopurine PO	50 mg/m ²

Niveau de risque ?

Très faible

Quizz

J1

Vincristine IV	1.5 mg/m ²
6-Mercaptopurine PO	50 mg/m ²

Niveau de risque ?

Très faible

Prophylaxie ?

Traitement de secours ?

Quizz

J1

Vincristine IV	1.5 mg/m ²
6-Mercaptopurine PO	50 mg/m ²

Niveau de risque ?

Très faible

Prophylaxie ?

0

Traitement de secours ?

Zophren

Toujours...

- **Règles hygiéno diététiques :**
 - Repas froids
 - Boissons gazeuses
 - Fractionnement alimentation
 - Position assise après le repas
 - Paille/tasse fermée
 - Éviter odeurs fortes
 - Éviter alimentation dans les heures qui précèdent la cure

Mais aussi...

- **Mesures non médicamenteuses :**
 - Acupression
 - Hypnose
 - Réflexologie plantaire
 - Sophrologie
 - ...



Nausées et vomissements chimio-induits en oncohématologie pédiatrique : actualisation 2023 des recommandations du comité soins de support de la SFCE[☆]

Marie Charlotte Renaux Torres¹, Séverine Bouttefroy², Maïna Letort-Bertrand³, Véronique Maurel⁴, Samia Mouffak⁵, Florian Scotté⁶, Florian Slimano⁷, Pauline Treguier⁸, L. Lee Dupuis⁹, Marilynne Poirée⁴, Sandrine Thouvenin-Doulet¹⁰

NEW!

Publication Avril 2024 !

Nouveautés :

- Privilégier **Palonosétron** avec CT hautement émétisante
- Privilégier **Dexaméthasone** au Méthylprednisolone
- Place de l'**Olanzapine** en prophylaxie primaire dans certains cas (CI Aprépitant et CTC) : **place des antiD2 ?**
- Poursuite Aprépitant/Dexaméthasone/Olanzapine en **phase retardée**

A suivre....

1. Chez les patients pédiatriques traités par des chimiothérapies hautement émétisantes :

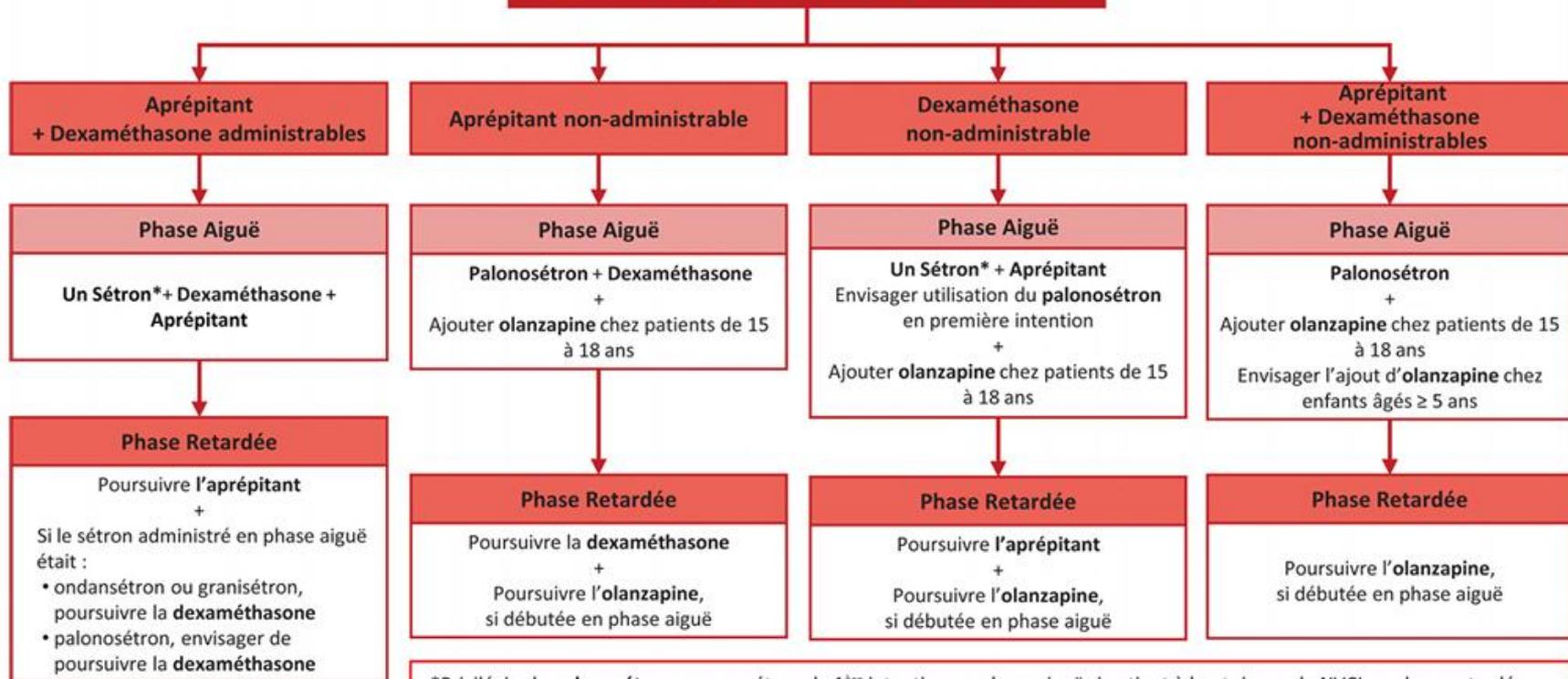
Question clinique 1.1 Quelles stratégies adopter pour prévenir les nausées et vomissements chimio-induits en phase aiguë?

Recommandation 1.1.a. Utiliser une triple association avec un sétron + dexaméthasone + aprépitant.	Forte/Haut
Recommandation 1.1.b. Chez les patients ne pouvant pas recevoir d'aprépitant, utiliser palonosétron + dexaméthasone.	Forte/Modéré
Recommandation 1.1.c. Chez les patients ne pouvant pas recevoir de la dexaméthasone, utiliser un sétron + aprépitant. Envisager l'administration de palonosétron en tant que sétron de première intention.	Non applicable
Recommandation 1.1.d. Chez les patients ne pouvant pas recevoir de dexaméthasone ni d'aprépitant, utiliser le palonosétron.	Forte/Modéré
Recommandation 1.1.e. Chez les patients âgés de 15 à 18 ans ne pouvant pas recevoir la trithérapie recommandée en 1.1.a., ajouter l'olanzapine aux autres antiémétiques recommandés. Chez les enfants âgés ≥ 5 ans ne pouvant pas recevoir d'aprépitant ni de dexaméthasone, envisager l'ajout d'olanzapine au palonosétron recommandé en 1.1.d..	Non applicable

Question clinique 1.2. Quelle stratégie adopter pour prévenir les nausées et vomissements chimio-induits en phase retardée?

Recommandation 1.2.a. Privilégier le palonosétron comme sétron de première intention en phase aiguë si le patient semble à haut risque de développer des NVCI en phase retardée.	Forte/Modéré
Recommandation 1.2.b. Poursuivre l'aprépitant en phase retardée s'il a été débuté en phase aiguë.	Forte/Haut
Recommandation 1.2.c. Poursuivre la dexaméthasone en phase retardée si elle a été débutée en phase aiguë pour les patients ayant reçu du granisétron ou de l'ondansétron.	Forte/Modéré
Recommandation 1.2.d. Envisager de poursuivre la dexaméthasone en phase retardée chez les patients ayant reçu du palonosétron en phase aiguë.	Conditionnelle/Modéré
Recommandation 1.2.e. Poursuivre la dexaméthasone en phase retardée chez les patients ne pouvant pas recevoir d'aprépitant.	Forte/Modéré
Recommandation 1.2.f. Poursuivre l'olanzapine en phase retardée si débutée en phase aiguë.	Forte/Modéré
Recommandation 1.2.g. Ne pas utiliser de sétrons en phase retardée.	Forte/Faible

Chimiothérapies Hautement Émétisantes



2. Chez les patients pédiatriques traités par des chimiothérapies modérément émétisantes :

Question clinique 2.1. Quelle stratégie adopter pour prévenir les nausées et vomissements en phase aiguë?

Recommandation 2.1.a. Utiliser un sétron + dexaméthasone.

Forte/Modéré

Recommandation 2.1.b. Chez les patients ne pouvant pas recevoir de dexaméthasone, utiliser un sétron + aprépitant.

Forte/Faible

Recommandation 2.1.c. Chez les patients ne pouvant recevoir de dexaméthasone ni d'aprépitant :

- Utiliser un sétron.
- Envisager l'administration de palonosétron en tant que sétron de première intention.

• Forte/Faible
• Conditionnelle/Faible

Recommandation 2.1.d. Chez les patients âgés ≥ 5 et < 18 ans ne pouvant pas recevoir de dexaméthasone ni d'aprépitant, envisager l'ajout d'olanzapine au sétron/palonosétron recommandé en 2.1.c.

Non applicable

Question clinique 2.2. Quelle stratégie adopter pour prévenir les nausées et vomissements chimio-induits en phase retardée?

Recommandation 2.2.a. Envisager de poursuivre la dexaméthasone.

Conditionnelle/Faible

Recommandation 2.2.b. Poursuivre l'aprépitant en phase retardée chez le patient recevant une cure de un jour et ayant reçu de l'aprépitant en phase aiguë.

Forte/Modéré

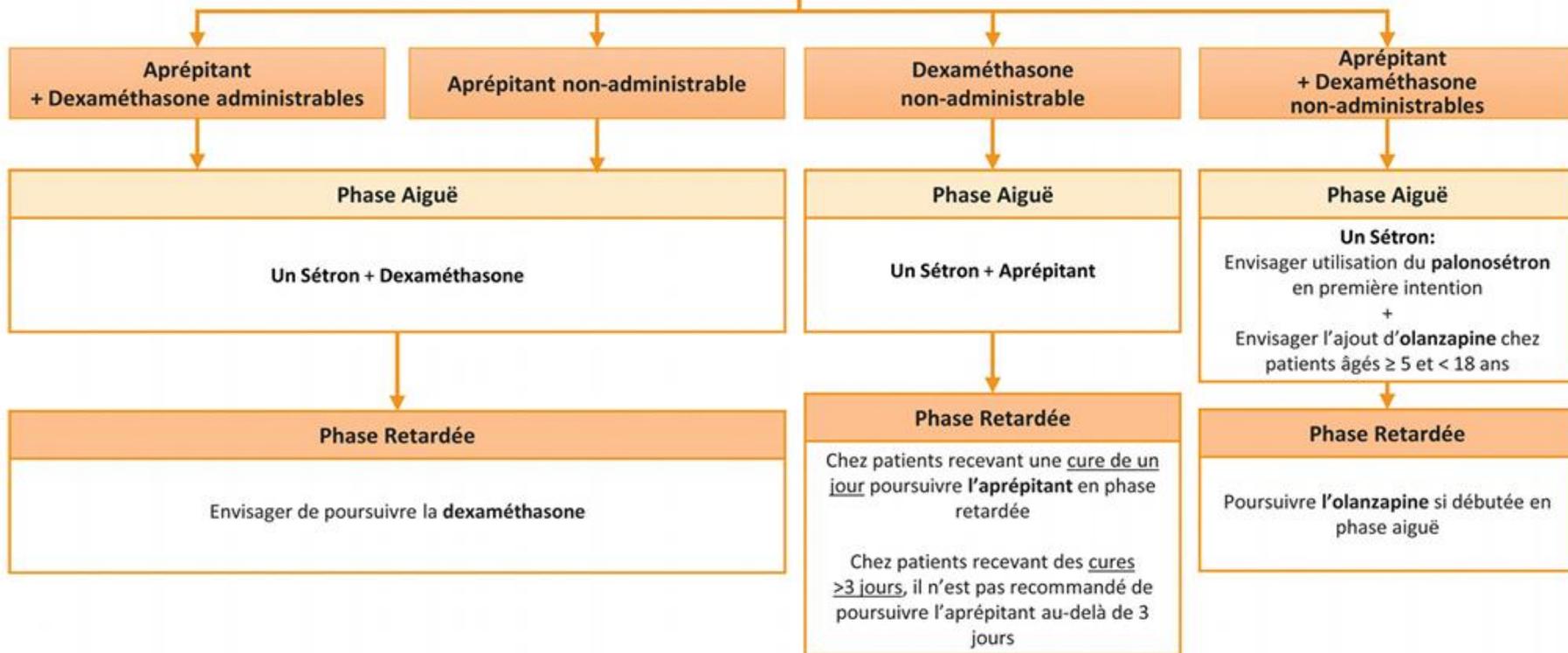
Recommandation 2.2.c. Chez les patients recevant des cures > 3 jours, il n'est pas recommandé de poursuivre l'aprépitant au-delà de 3 jours.

Conditionnelle/Faible

Recommandation 2.2.d. Poursuivre l'olanzapine en phase retardée si débutée en phase aiguë.

Forte/Faible

Chimiothérapies Modérément Émétisantes



3. Chez les patients pédiatriques traités par des chimiothérapies faiblement émétisantes :

Question clinique 3.1. Quelle stratégie adopter pour prévenir les nausées et vomissements en phase aiguë?

Recommandation 3.1.a. Utiliser un sétron.

Forte/Faible

Question clinique 3.2. Quelle stratégie adopter pour prévenir les nausées et vomissements chimio-induits en phase retardée?

Recommandation 3.2.a. Ne pas utiliser de prophylaxie en routine en phase retardée.

Forte/Très faible

4. Chez les patients pédiatriques traités par des chimiothérapies très faiblement émétisantes :

Question clinique 4.1. Quelle stratégie adopter pour prévenir les nausées et vomissements chimio-induits en phase aiguë?

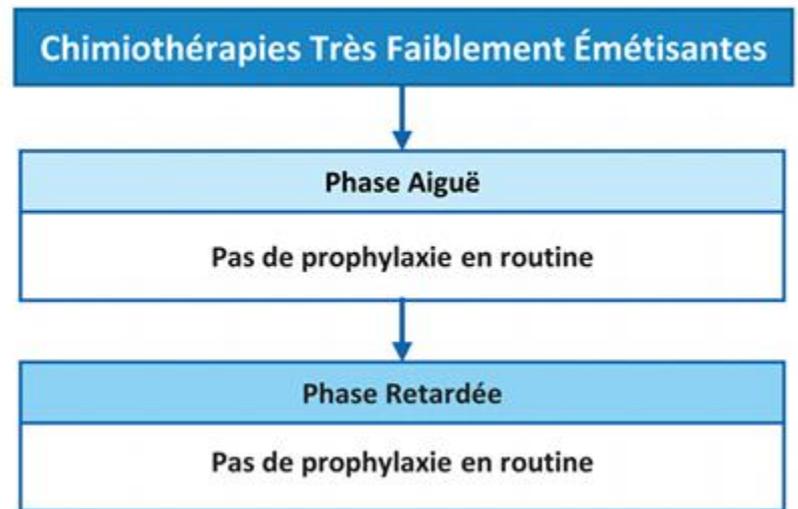
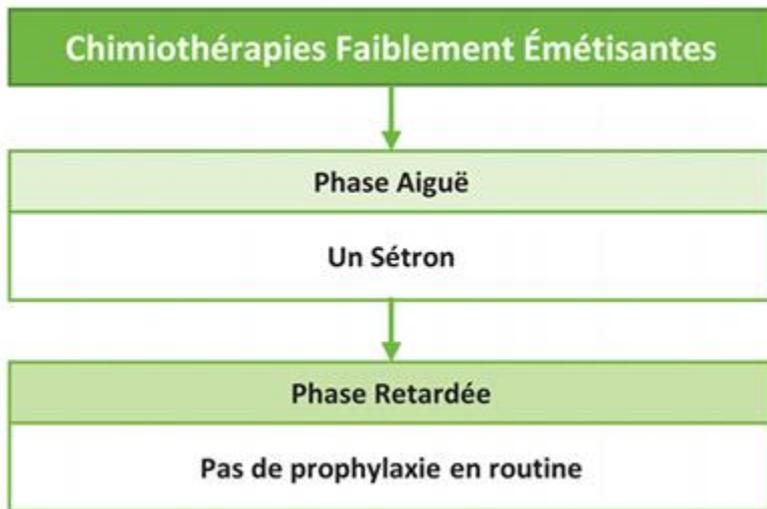
Recommandation 4.1.a. Ne pas utiliser de prophylaxie en routine en phase aiguë.

Forte/Très faible

Question clinique 4.2. Quelle stratégie adopter pour prévenir les nausées et vomissements chimio-induits en phase retardée?

Recommandation 4.2.a. Ne pas utiliser de prophylaxie en routine en phase retardée.

Forte/Très faible



Question clinique 5. Quelles stratégies adopter pour traiter les nausées et vomissement chimio-induits non-maîtrisés chez les patients pédiatriques?

Recommandation 5.1 Dans les chimiothérapies très faiblement, faiblement et modérément émétisantes : chez les patients présentant des NVCI non-maîtrisés, administrer le/les antiémétique(s) recommandés contre les NVCI du niveau émétisant supérieur à celui actuellement reçu par le patient. Faire ce changement dès que possible et le maintenir jusqu'à la fin de la cure de chimiothérapie en cours.

Forte/Faible

Recommandation 5.2. Dans les chimiothérapies hautement émétisantes : chez les patients présentant des NVCI non-maîtrisés et recevant de l'ondansétron/granisétron, il est recommandé de passer au palonosétron pour tout le reste de la phase aiguë de la cure. L'administration du palonosétron se fera à la place de la prochaine dose prévue d'ondansétron/granisétron.

Conditionnelle/Faible

Recommandation 5.3. Dans les chimiothérapies hautement émétisantes : chez les patients présentant des NVCI non-maîtrisés en phase aiguë ou retardée, il est recommandé d'ajouter un ou plusieurs des antiémétiques suivants à la cure de chimiothérapie en cours si le patient ne les reçoit pas encore :

- Dexaméthasone
- Aprépitant
- Olanzapine

Conditionnelle/Modéré

Recommandation 5.4. Dans les chimiothérapies hautement émétisantes : chez les patients présentant des NVCI non-maîtrisés en phase aiguë ou retardée, envisager l'ajout du métoclopramide chez les patients ne pouvant pas recevoir d'olanzapine. Faire ce changement dans la cure de chimiothérapie en cours.

Conditionnelle/Faible

Question clinique 6. Chez les patients pédiatriques ayant eu des nausées et vomissements non-maîtrisés, quelles stratégies adopter pour prévenir les nausées et vomissements réfractaires?

Recommandation 6.1. Administrer les antiémétiques qui ont contrôlé les NVCI non-maîtrisés lors d'une précédente cure de chimiothérapies.

Forte/Faible

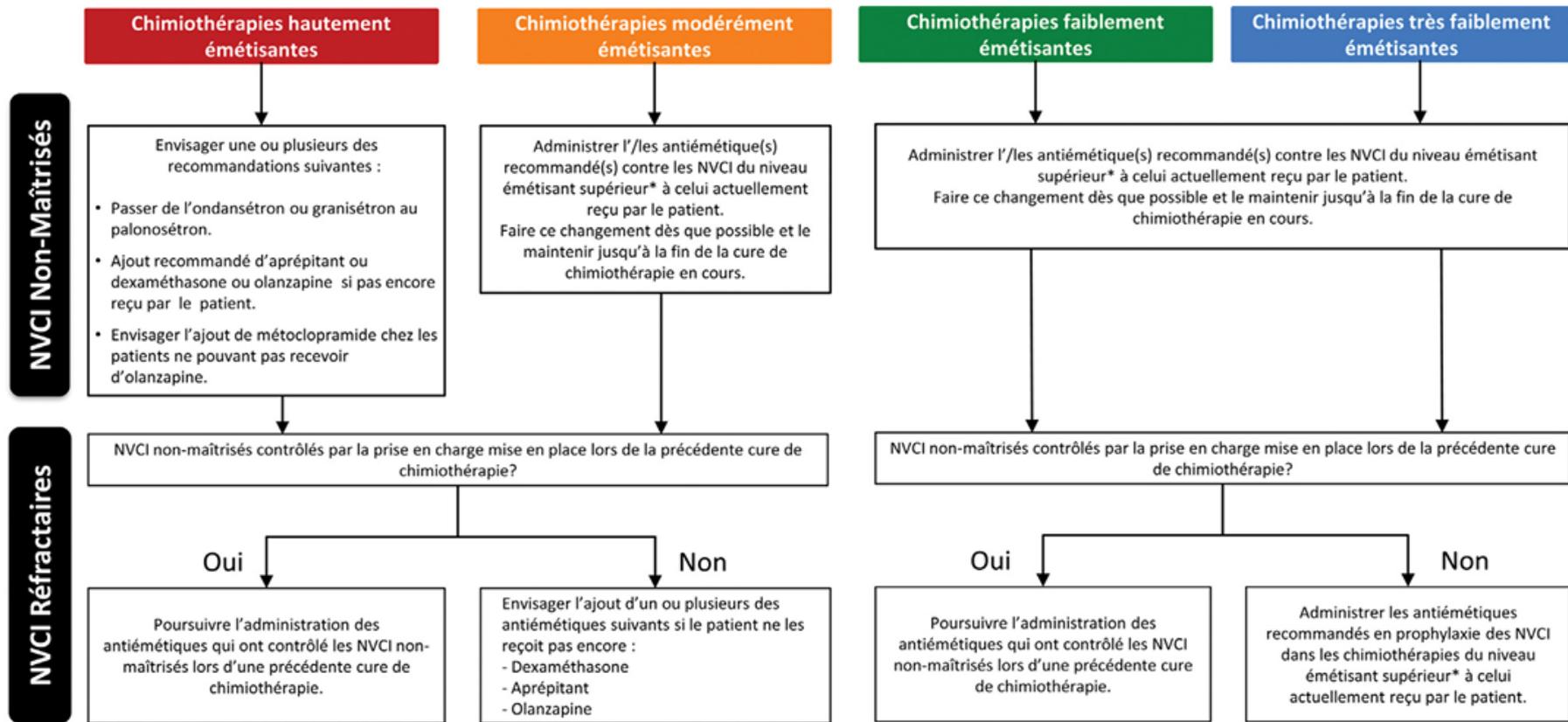
Recommandation 6.2. Dans les chimiothérapies très faiblement ou faiblement émétisantes, si les NVCI non-maîtrisés n'ont pas été contrôlés lors d'une précédente cure, administrer les antiémétiques recommandés dans les chimiothérapies du niveau émétisant supérieur à celui actuellement reçu par le patient.

Forte/Modéré

Recommandation 6.3. En cas de chimiothérapies modérément ou hautement émétisantes : si les NVCI non-maîtrisés n'ont pas été contrôlés lors d'une précédente cure de chimiothérapie, envisager d'ajouter en prophylaxie des NVCI réfractaires un ou plusieurs des antiémétiques suivants si le patient ne les reçoit pas encore :

- Dexaméthasone
- Aprepitant
- Olanzapine

Conditionnelle/Modéré



*Voir Figure 1 pour la prévention des NVCI en phase aiguë et retardée

Figure adaptée de [Patel P, et al. Treatment of breakthrough and prevention of refractory chemotherapy-induced nausea and vomiting in pediatric cancer patients: Clinical practice guideline update. *Pediatr Blood Cancer*. 2023;70(8):e30395.] sous l'autorisation CC-BY-NC-ND 4.0 DEED.

FIGURE 2
Prise en charge des nausées et vomissements chimio-induits non-maîtrisés et prévention des nausées et vomissements chimio-induits réfractaires

Question clinique 7.1. Quelle stratégie adopter en prévention primaire des NVCI anticipés chez les patients pédiatriques?

Recommandation 7.1. Optimiser le contrôle des NVCI en phase aiguë et retardée pour minimiser le risque des NVCI anticipés.

Forte/Modéré

Question clinique 7.2. Quelles stratégies adopter en prévention secondaire des NVCI anticipés chez les patients pédiatriques?

Recommandation 7.2.a. Il est recommandé de proposer une ou plusieurs des interventions non-pharmacologiques suivantes aux patients coopératifs en prévention secondaire des NVCI anticipés : hypnose, désensibilisation systématique ou techniques de relaxation.

Envisager de proposer d'autres méthodes non-pharmacologiques dans les situations où les 3 méthodes précédentes ne sont pas applicables.

Non applicable

Recommandation 7.2.b. Envisager l'administration d'une benzodiazépine.

Non applicable

Recommandation 7.2.c. Il n'est pas recommandé d'utiliser des compléments alimentaires à base de gingembre de manière systématique.

Conditionnelle/Faible

Recommandation 7.2.d. Ne pas utiliser de clonidine.

Forte/Faible

Question clinique 7.3. Quelles stratégies adopter dans le traitement aigu des NVCI anticipés chez les patients pédiatriques?

Pas de recommandation possible dans le traitement aigu des NVCI anticipés.

Non applicable