

Urgences oncologiques

Jean-Paul Sculier
Institut Jules Bordet
ULB

www.oncorea.com



Syndrome cave supérieur



Définition

résulte de l'obstruction à la circulation sanguine au niveau de la veine cave supérieure, soit par thrombose, soit par compression.

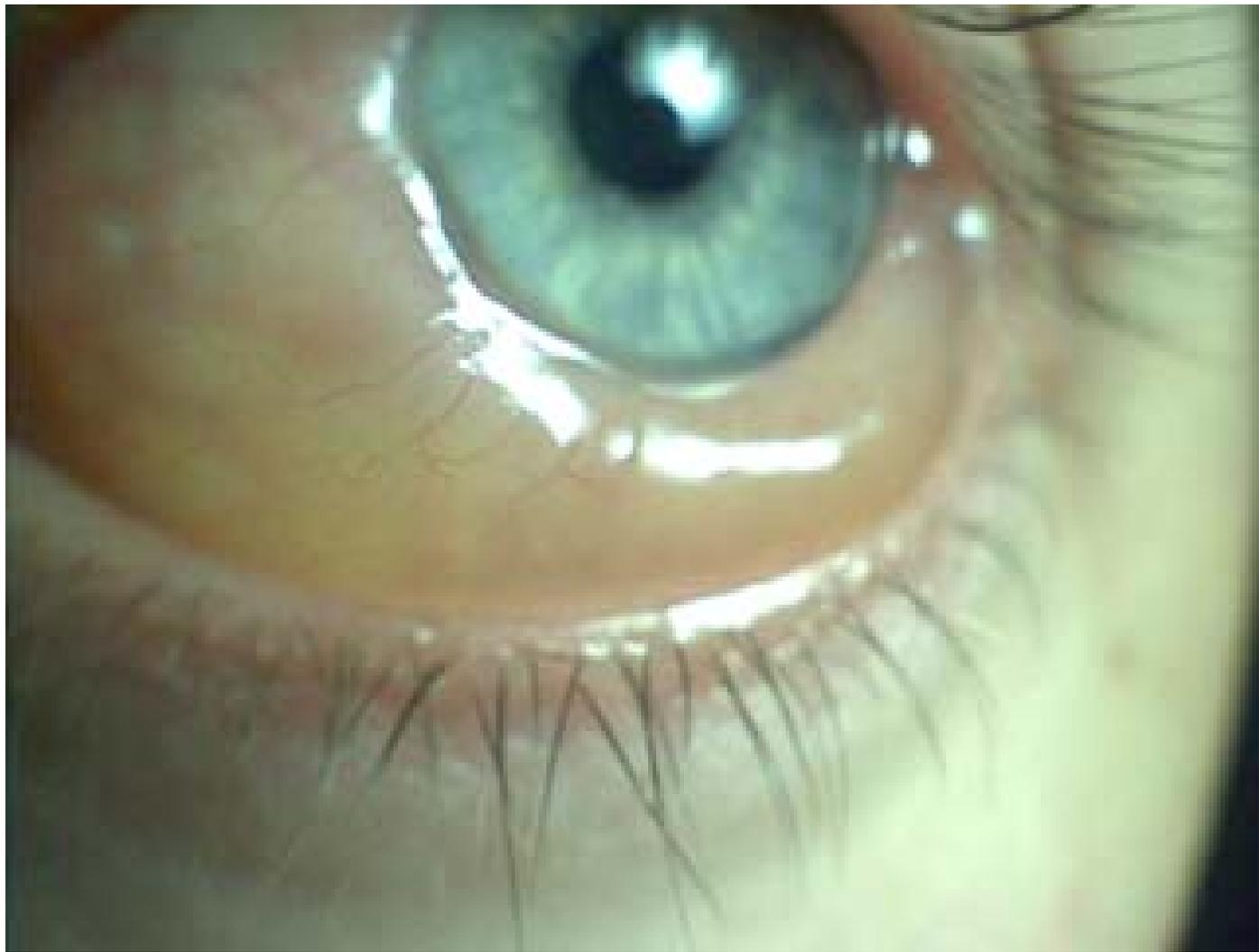
Etiologie

- cancer dans le médiastin : bronchique, métastase, lymphome
- thrombose sur cathéter central : PAC, pacemaker ...
- hémorragie ou infection médiastinale

Tableau clinique

- œdème en capeline
- chémosis
- circulation veineuse collatérale
- cyanose dans le territoire de la VCS
- œdème facial

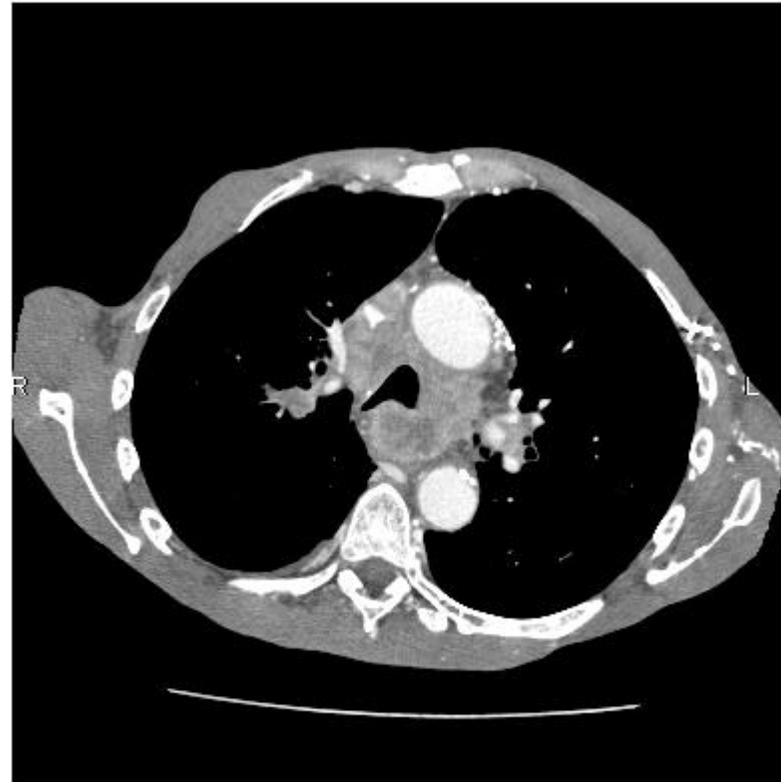






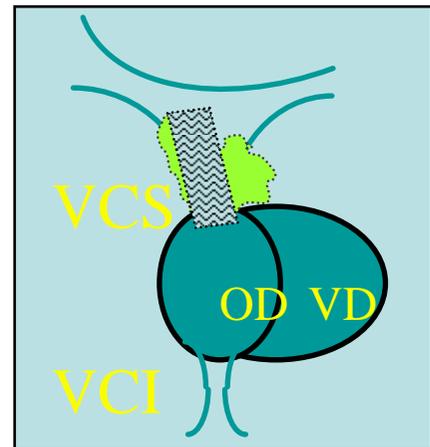
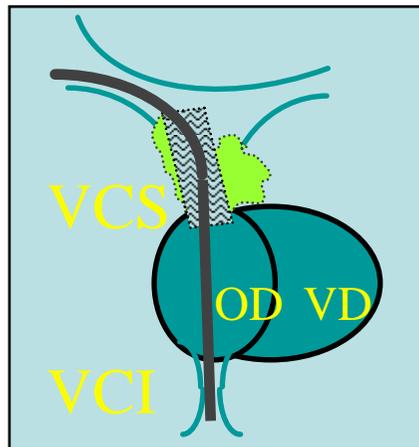
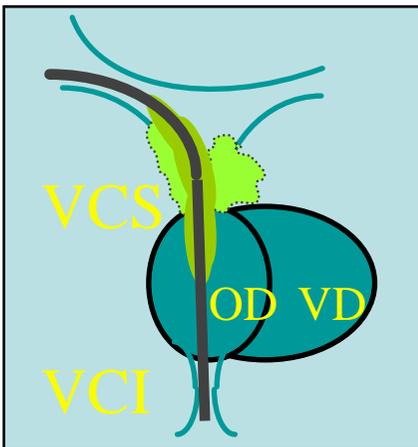
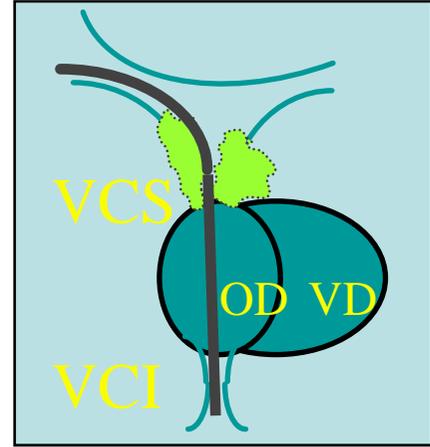
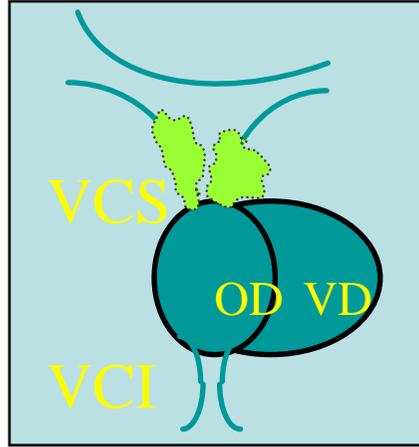
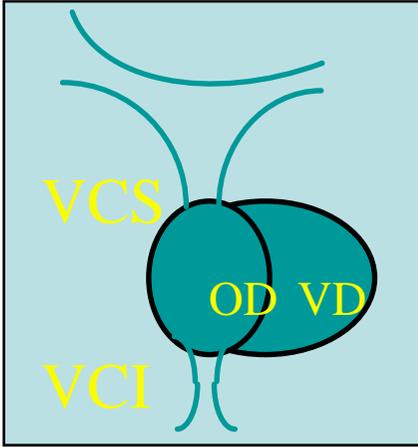
Diagnostic

- repose sur l'examen clinique
- tomomodensitométrie du thorax
- diagnostic histologique précis, quitte à recourir à la médiastinoscopie



Traitement

- Le syndrome cave supérieur n'est pas en lui-même une urgence vitale
- En cas de SCS sur cathéter : héparine i.v., voire fibrinolyse
- En cas de SCS sur compression maligne : chimiothérapie et/ou radiothérapie; évt placement d'une **prothèse intravasculaire**
- Corticothérapie, diurétiques et héparine n'ont jamais été correctement étudiés dans cette indication



Mr D....., néoplasie bronchique avec thrombus endo-cave
(TDM)



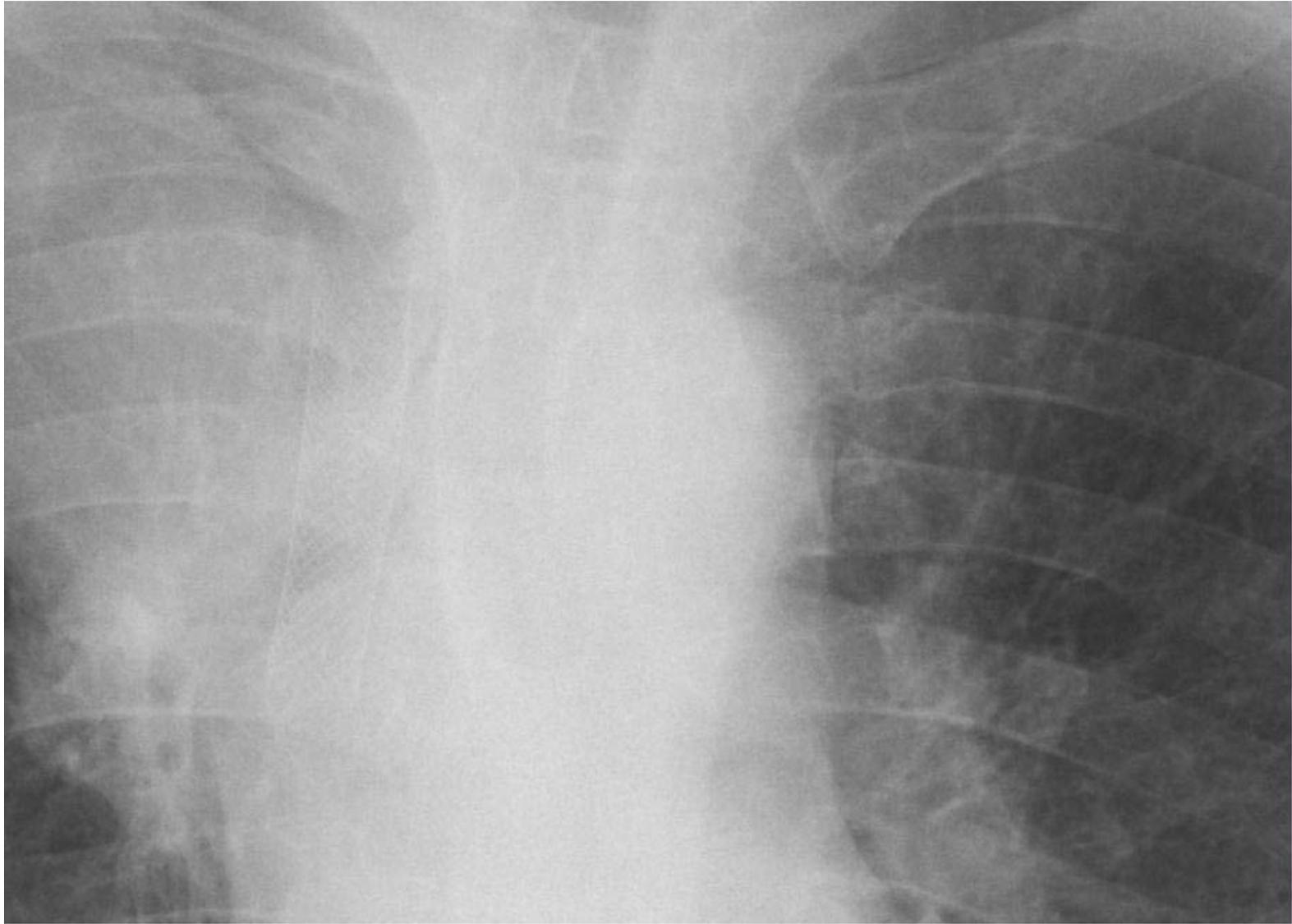
Mr D....., néoplasie bronchique avec thrombus endocave
(TDM)



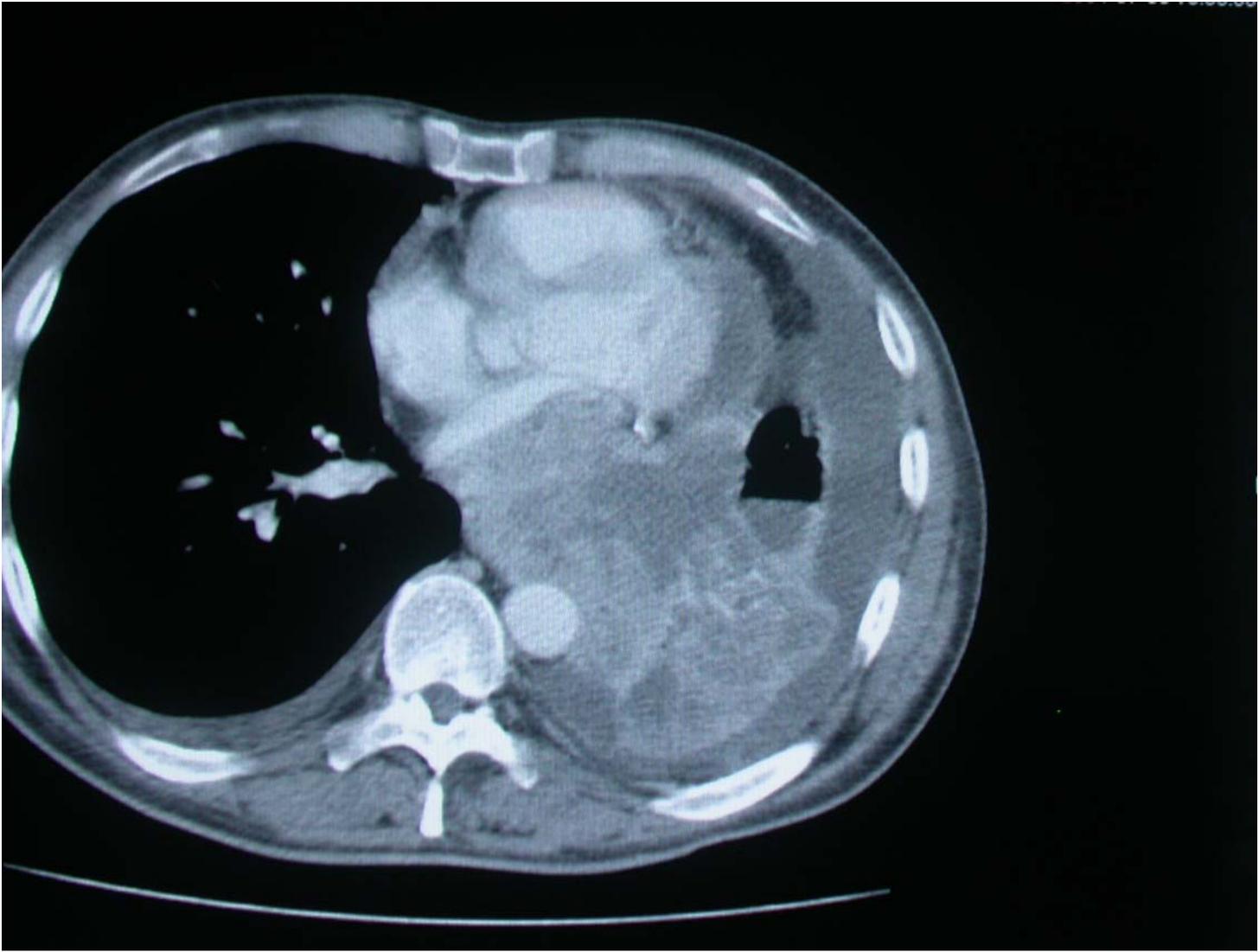
Après dilatation à 10 mm



EasyWallStent 64-14 mm







L'obstruction des voies aériennes



Atélectasie

détresse respiratoire par compression/obstruction

- Infiltration tumorale **endoluminale**: larynx, trachée, grosse bronche
- Compression **extrinsèque** des voies respiratoires par une tumeur ou une hémorragie
- Epanchement pleural massif ou pneumothorax suffocant

Tableau

- Toux inefficace, encombrement
- Anxiété et peur de mort imminente
- Confusion (hypoxémie)
- Intolérance à l'effort
- Stridor

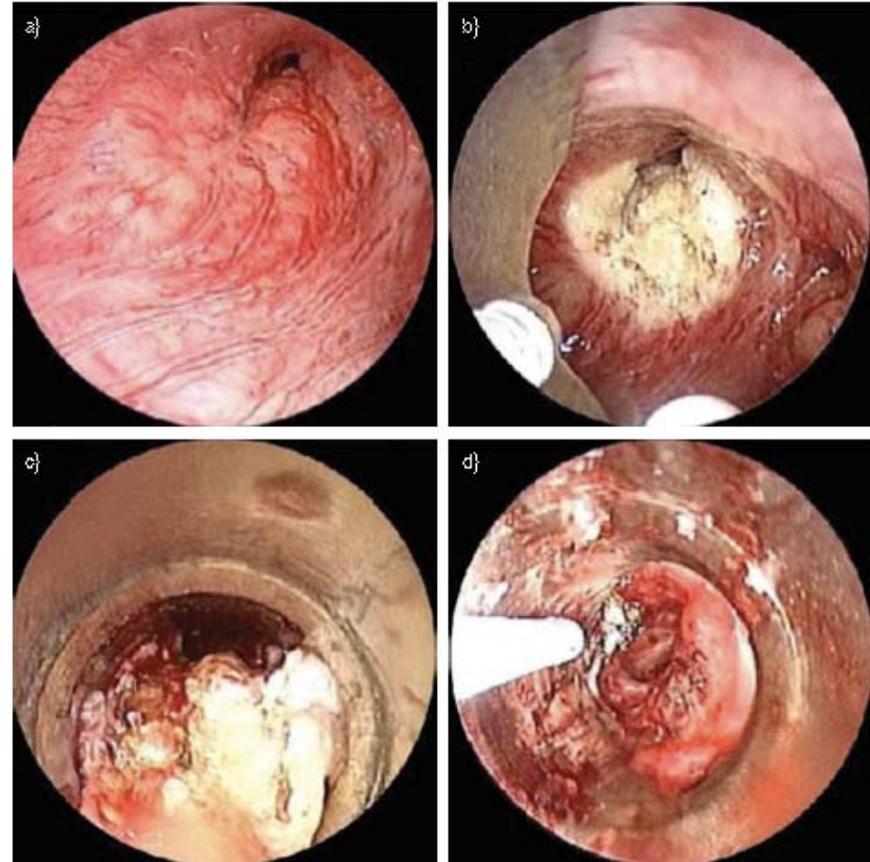
Selon le siège de l'obstruction

- au niveau laryngé : **dyspnée inspiratoire**, tirage, cornage
- au niveau trachéobronchique : **dyspnée expiratoire**, tirage, stridor, atélectasie, pneumonie post-obstructive

syndrome obstructif

Etiologie tumorale
obstructive :

- bronchoscopie
interventionnelle
- chimiothérapie,
radiothérapie

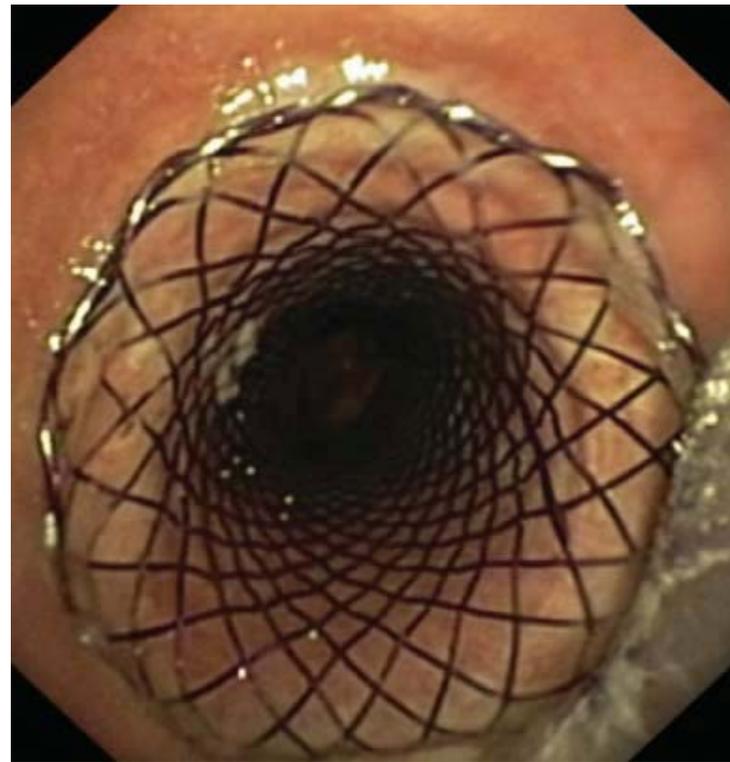
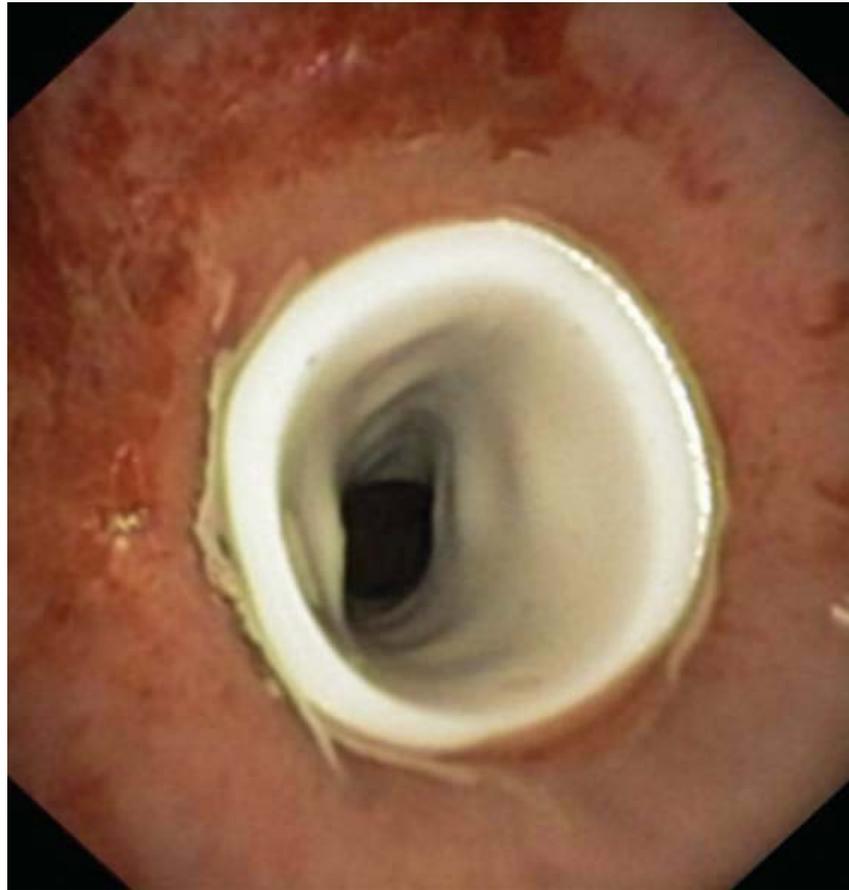


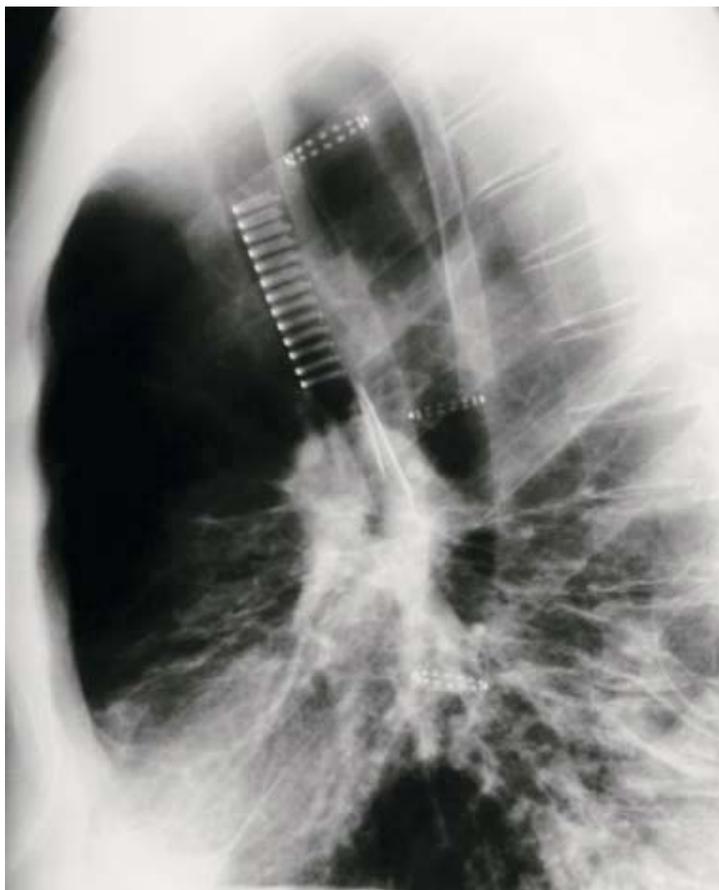
syndrome compressif

Etiologie tumorale
compressive :

- prothèse
endobronchique
- chimiothérapie,
radiothérapie







Atélectasie

résulte d'un collapsus du poumon suite à :

- une **compression** : épanchement pleural massif, pneumothorax, bulle géante
- une **absorption de l'air par obstruction bronchique**: cancer bronchique primaire ou métastatique, corps étranger, bouchon muqueux, compression extrinsèque (adénopathies, métastases), postopératoire (sécrétions)

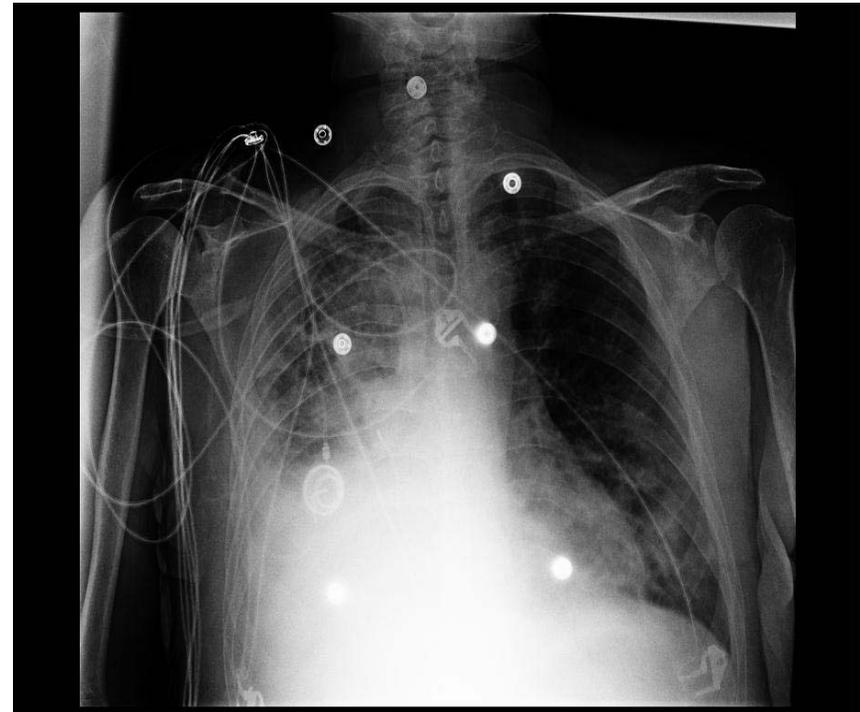
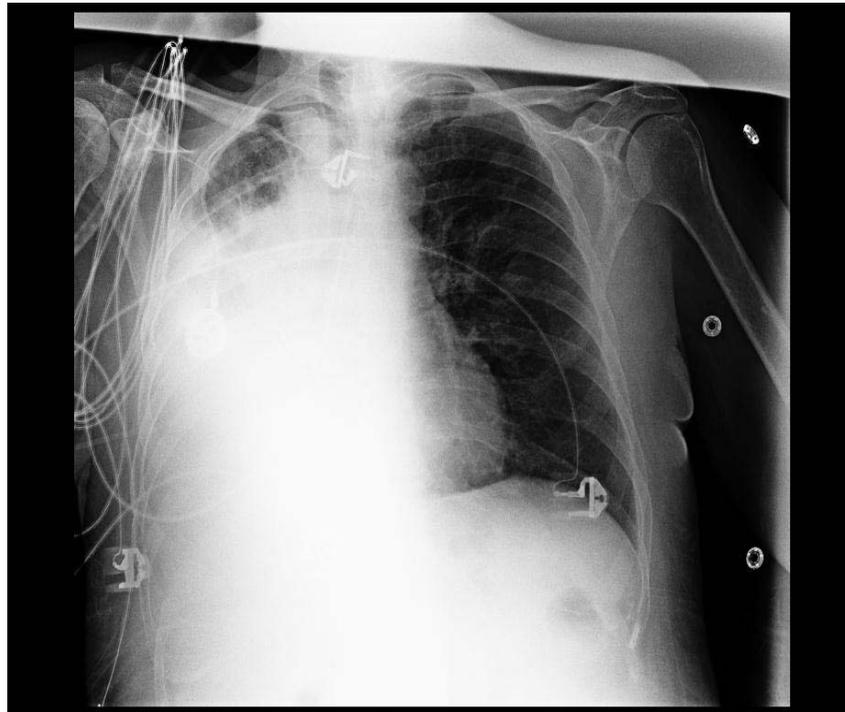
Tableau

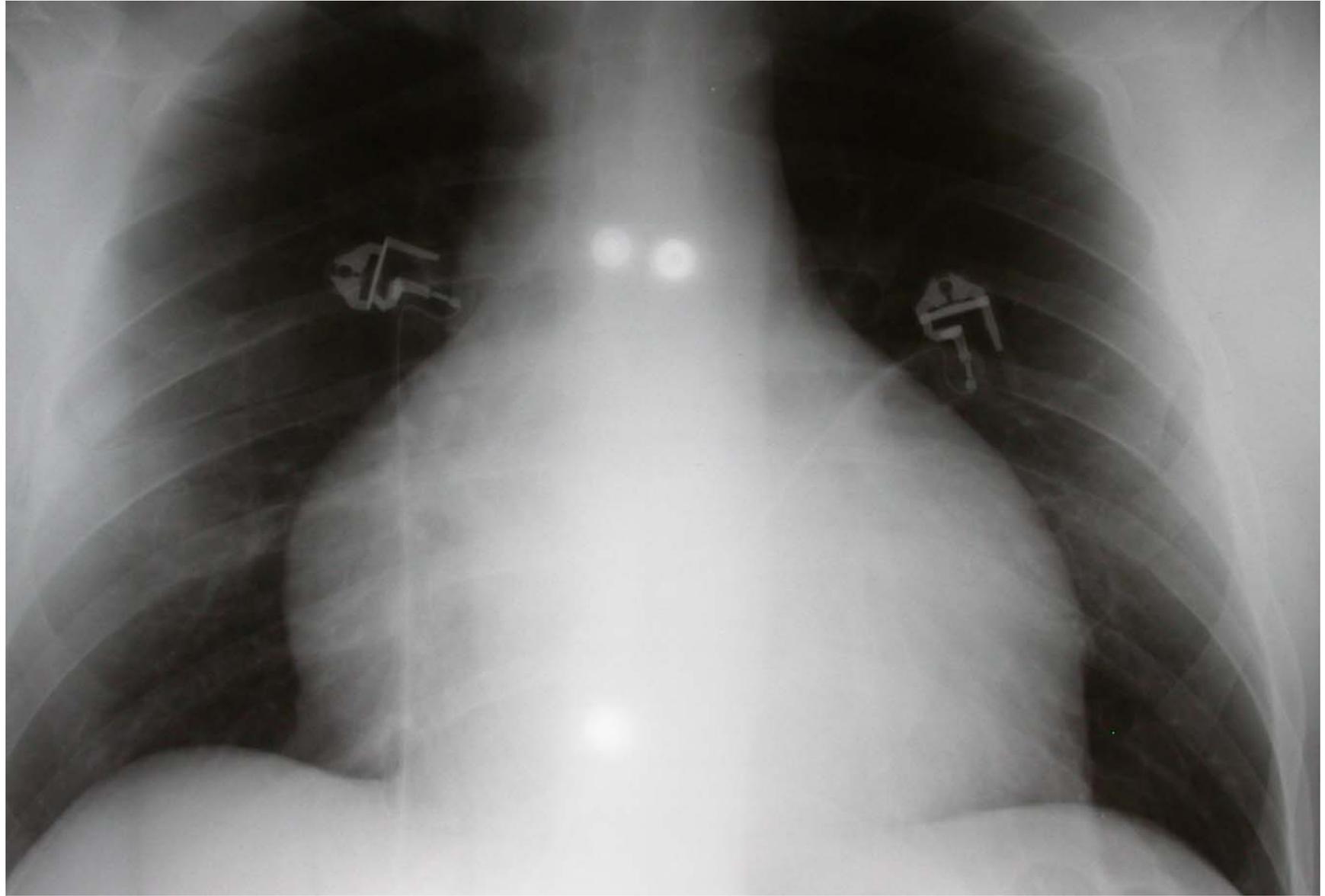
- matité à la percussion et silence auscultatoire
- en cas d'installation aiguë : détresse respiratoire, cyanose (shunt D \rightarrow G), posant le $\Delta\Delta$ d'une embolie pulmonaire
- RX thorax : opacité dense, homogène, rétractile, systématisée sans bronchogramme aérien

Atélectasie sur tumeur bronchique

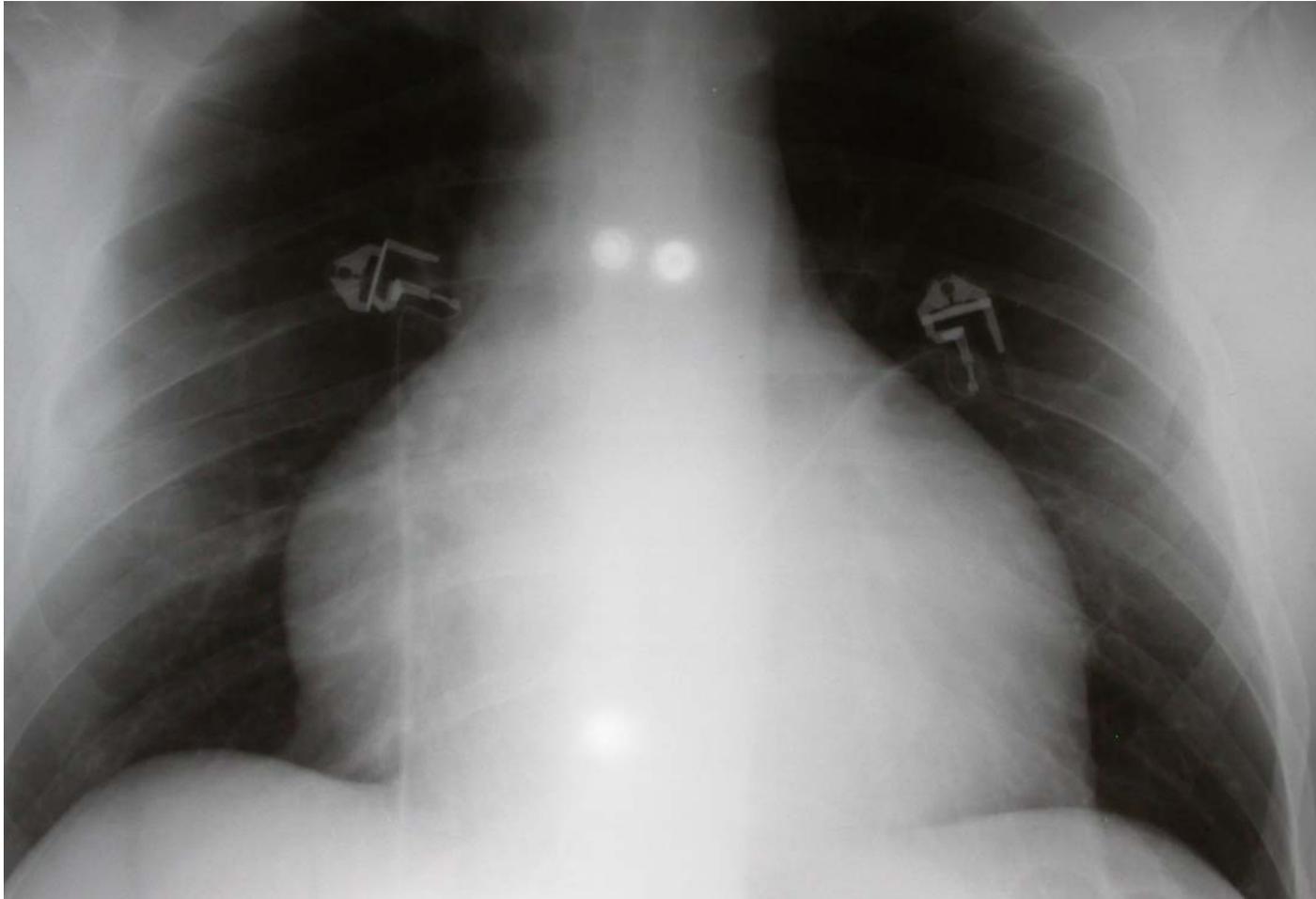


Atélectasie sur bouchon (contexte cancer du sein)





Péricardite et tamponnade péricardique



Définition

Liée à un épanchement péricardique malin, la tamponnade entraîne un tableau de choc obstructif par compression des cavités cardiaques.

Tableau clinique

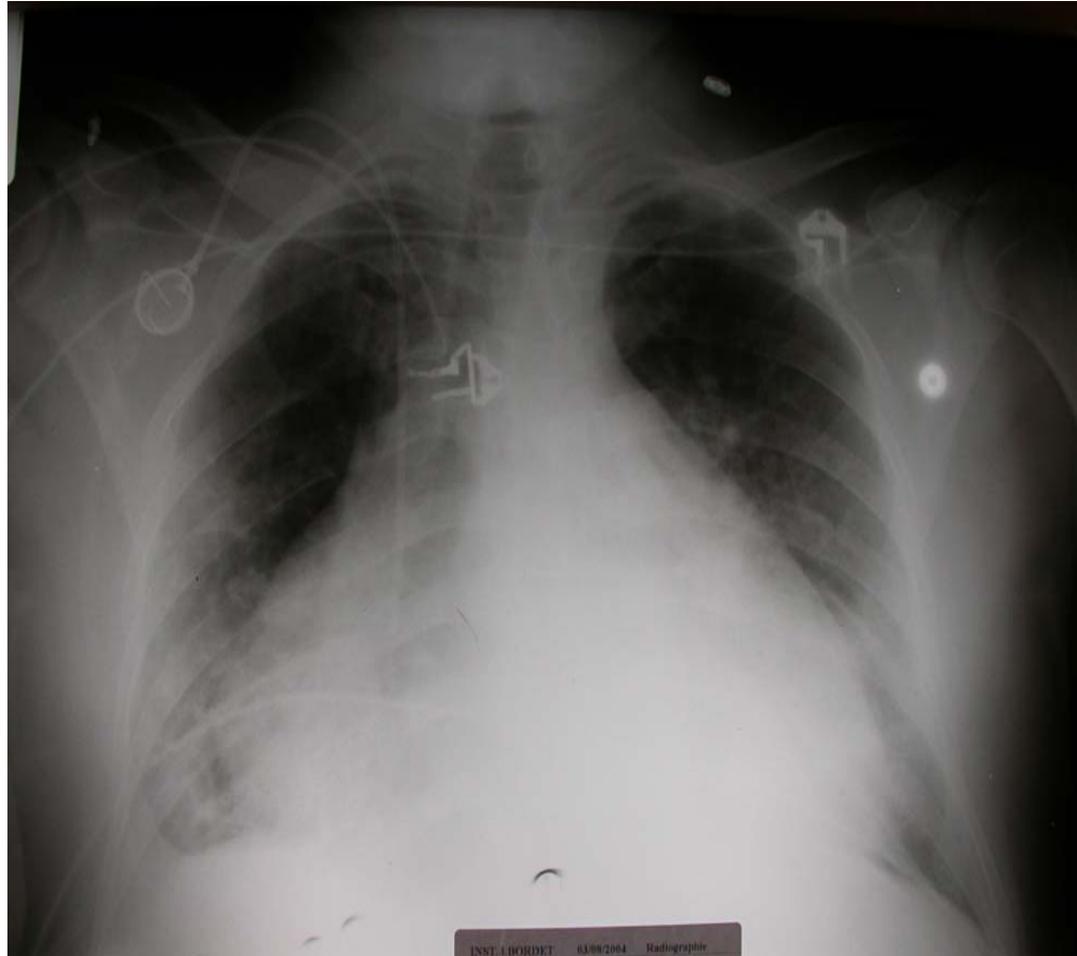
- douleur (souvent atypique)
- auscultation cardiaque : frottement (inconstant et fugace), bruits assourdis
- signes de **décompensation cardiaque droite** : OMI, jugulaires turgescentes, hépatomégalie douloureuse
- tamponnade : **pouls paradoxal** (significatif à partir de 10mmHg), **hypotension artérielle**, tachycardie, signes droits (parfois peu visibles)

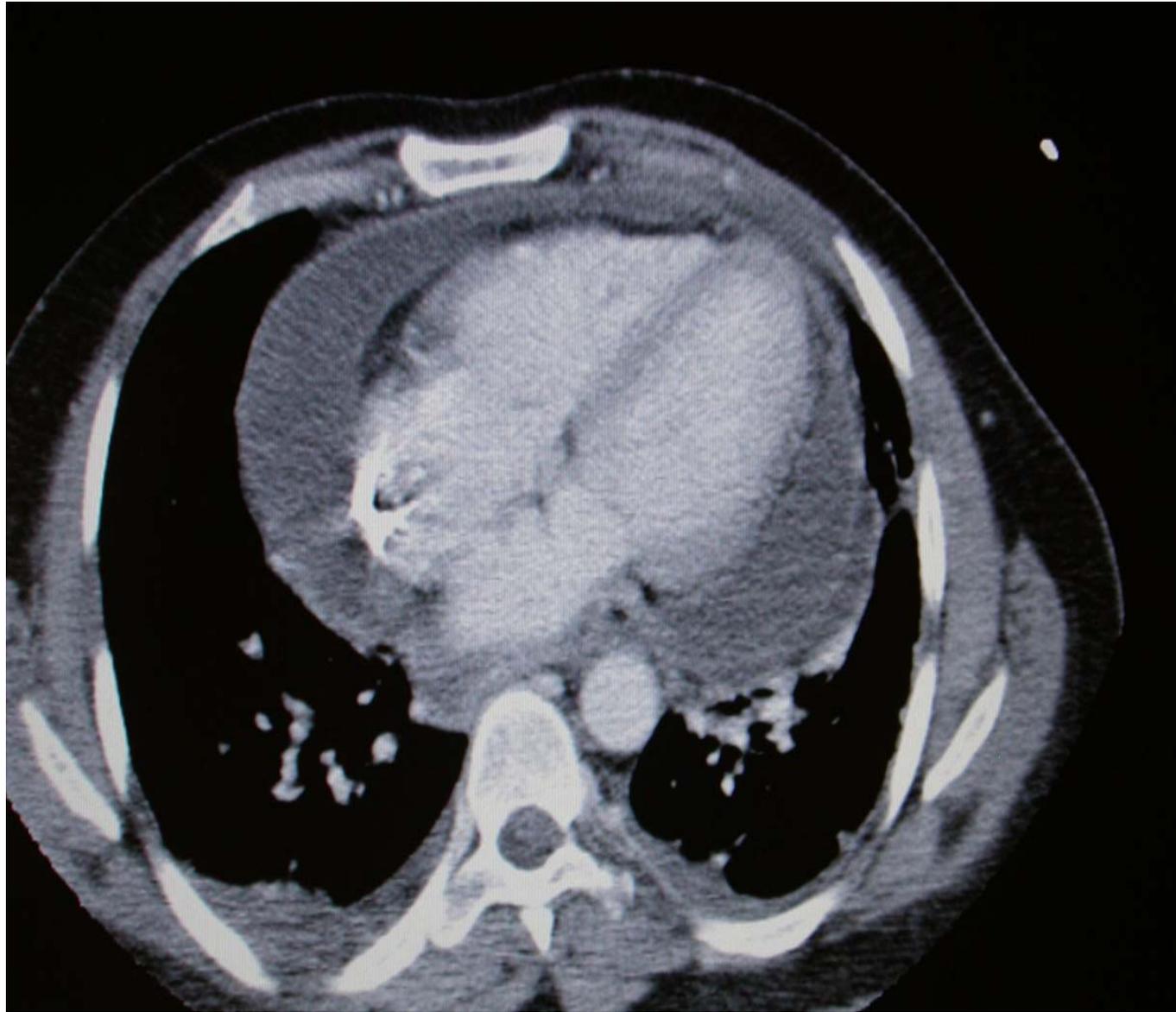
Bilan

- ECG :
 - sous-décalage PR/PQ (diffus)
 - sous-décalage ST (diffus)
 - microvoltage (rare)
 - alternance électrique (signe de gravité)
- RX thorax : coeur en carafe
- échocardiographie : volume de l'épanchement, signes de tamponnade

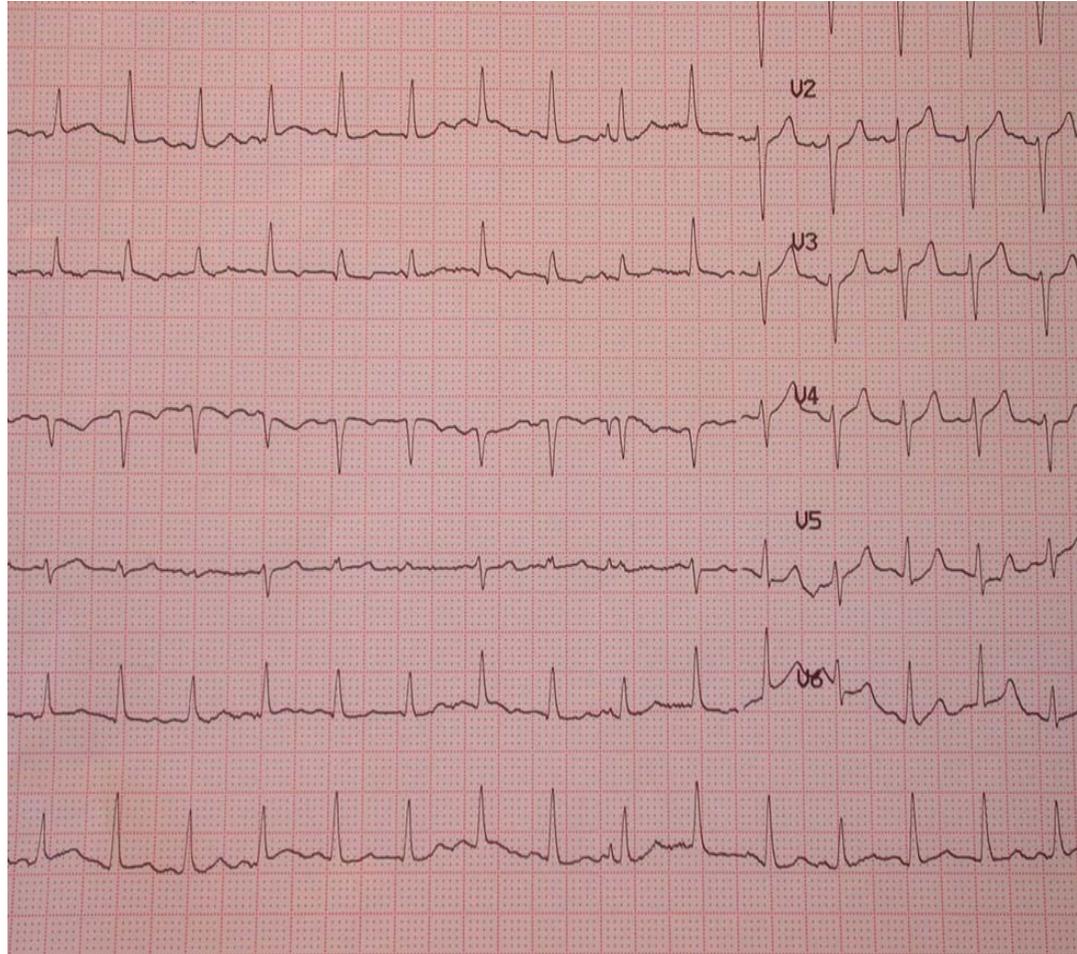


Leucose aiguë et hémorragie





Alternance

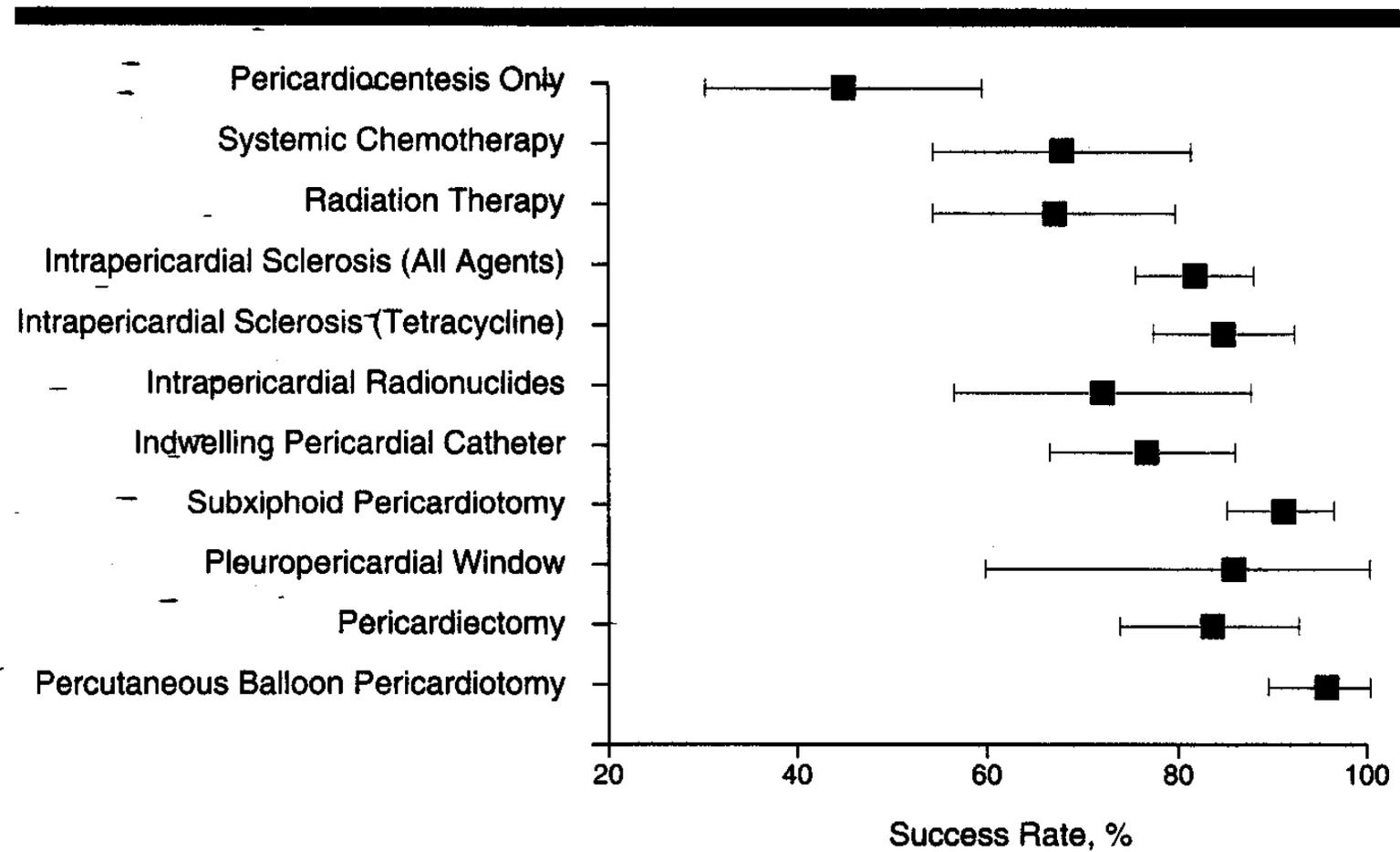


Principales étiologies

- **infiltration néoplasique** (y compris leucémique)
- radiothérapie : péricardite sèche aiguë (tableau de douleur), péricardite constrictive chronique (tableau de décompensation cardiaque)
- agents cytotoxiques : cyclophosphamide à hautes doses, cytosine arabinoside
- cause infectieuse (fièvre) : ne pas oublier la tuberculose
- hémorragie (troubles de coagulation)

Traitement

- dans un premier temps en urgence : **ponction-drainage** (sous contrôle ECG et échographique), avec éventuellement mise en place d'un cathéter
 - ! ne pas oublier l'analyse du liquide (cytologie, culture)
- dans un deuxième temps hors urgence (en cas d'épanchement malin) : **fenêtre** péricardo-pleurale ou -péritonéale, péricardiotomie percutanée au ballon, agent sclérosant (talc, bléomycine)



Success rates with 95% confidence intervals (indicated by bars) for different treatment modalities of malignant pericardial effusions.



L'insuffisance rénale obstructive



définition

Encore appelée postrénale ou mécanique, l'insuffisance rénale obstructive résulte d'un **obstacle mécanique** partiel ou complet siégeant sur les voies urinaires

Mécanisme et tableau clinique

par obstruction des voies excrétrices :

- uretères : lymphomes, tumeurs pelviennes, métastases rétropéritonéales, fibrose rétropéritonéale, caillots, lithiases
- rétention vésicale : cancer pelvien, maladie prostatique

→ ex. clinique : TV, TR, globe vésical

échographie des voies rénales

UPR, CT scan abdomen

biologie: insuffisance rénale

Traitement

1) symptomatique : dérivation urinaire

- obstacle bas situé (urètre, vessie, prostate)
 - sonde vésicale
 - cathéter suspubien (Cystocath)
- obstacle haut situé
 - sonde urétérale (en double J) : par cytoscopie
 - néphrostomie percutanée

2) étiologique : lithotomie, chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie ...



Complication : syndrome de levée d'obstacle

Lors de la dérivation urinaire, une reprise brutale de la diurèse peut entraîner un tableau de polyurie (diurèse osmotique) avec risque de choc et de troubles ioniques majeurs (Na, K, Ca, P, Mg)

Attitude

- surveillance systématique en soins intensifs
- perfusions : débit à adapter à la diurèse et aux paramètres hémodynamiques
 - maintenir un bilan négatif en cas d'infiltration hydrique
- faire ionogramme (y compris Ca, P, Mg) et urée-créatinine répétés (4 à 6x/j) et adapter la nature des perfusions selon résultats



A

I

Compression médullaire

Il s'agit d'une **urgence absolue**, une moelle comprimée depuis plusieurs semaines pouvant se sectionner subitement par compression médullaire



Etiologie

- épidurite carcinomateuse : de loin la cause la plus fréquente chez le cancéreux
- infection (ostéomyélite)
- traumatisme : tassement ostéoporotique, hématome
- arthrose cervicale sévère
- hernie discale

Tableau clinique

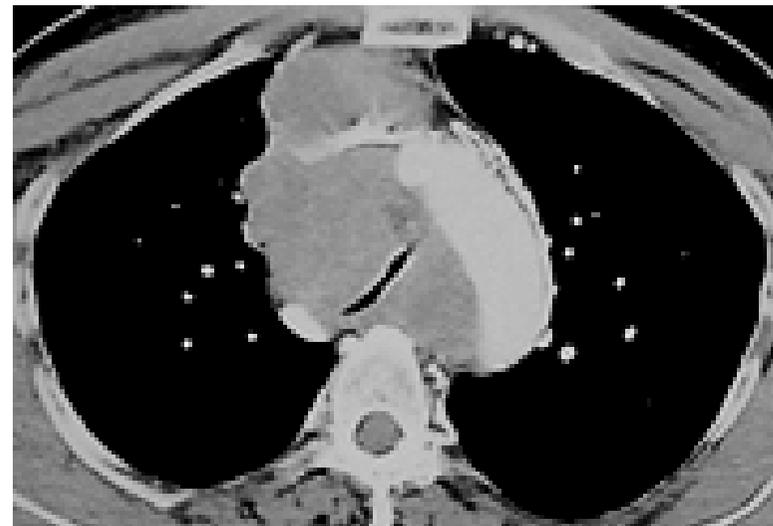
- Syndrome radiculaire : douleurs radiculaires (!donnent le niveau de la lésion)
- Syndrome sous-lésionnel :
 - parésie avec syndrome pyramidal
 - hypo- ou anesthésie (niveau sensitif)
 - troubles sphinctériens
- Syndrome de la queue de cheval

Diagnostic et traitement

- Diagnostic: CT scan ou RMN en précisant le niveau des coups par l'examen neurologique
- Traitement:
 - corticothérapie (effet antioédémateux) : bolus i.v. de dexaméthasone (10 mg) puis 4x4 mg/j pendant 3 à 7 jours à réduire progressivement en 2 semaines
 - radiothérapie, chimiothérapie ou chirurgie selon le contexte (avis à demander en urgence)

Homme de 45 ans

- Douleurs thoraciques, raucité, dyspnée
- Biologie aux urgences :
 - Urée : 60 mg/dl
 - Créatininémie : 1,2 mg/dl
 - Acide urique : 12 mg/dl
 - LDH : 1200 UI/l
 - Phosphatémie : 4,4 mg/dl
 - Calcémie : 8,9 mg/dl



Syndrome de lyse tumorale

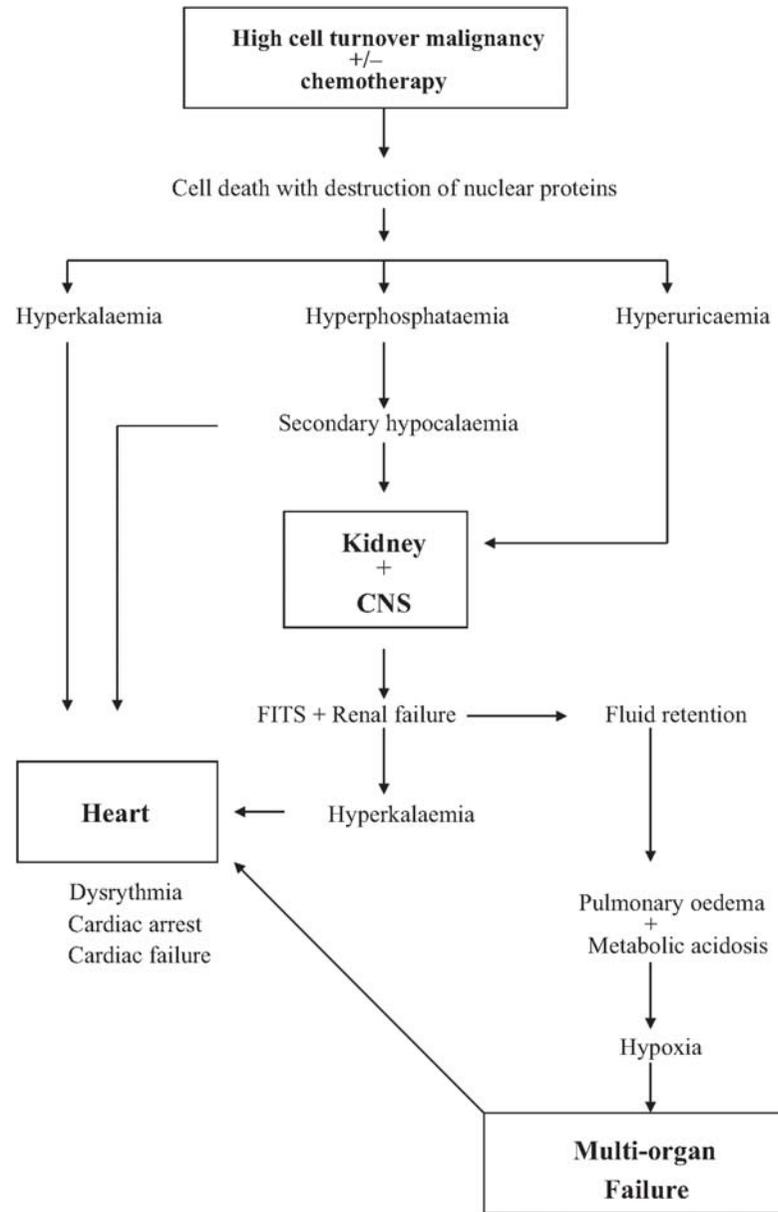


Tableau clinique

- hyperkaliémie
- hyperuricémie
- hyperphosphatémie avec hypocalcémie
- augmentation du taux des LDH

risques:

- précipitation de cristaux (urates, phosphates de calcium)
- insuffisance rénale aiguë
- néphrocalcinose
- lithiase urinaire
- troubles de la conduction, arrêt cardiaque

Autres complications de la lyse tumorale aiguë

- troubles de l'hémostase secondaire à la libération d'activités procoagulantes (CIVD) ou protéolytiques (fibrinolyse primitive)
- atteintes rénales tubulaires et glomérulaires secondaires au taux élevé de lysozyme
- pneumopathies alvéolaires aiguës secondaires à la lyse blastique in situ
- perforation d'organes creux siège d'une infiltration tumorale massive

Facteurs déclenchants

dans un contexte de cancer très sensible

a) lyse spontanée : anoxie, nécrose

b) traitement :

- chimiothérapie
- corticothérapie
- radiothérapie

Traitement

- à instaurer si possible préventivement
- surveillance (2 à 4 x/j au moins) : K, P, Ca, ac. urique, urée, créatinine, pH artériel, LDH dans le sang (P, Ca, ac. urique, pH urinaire)

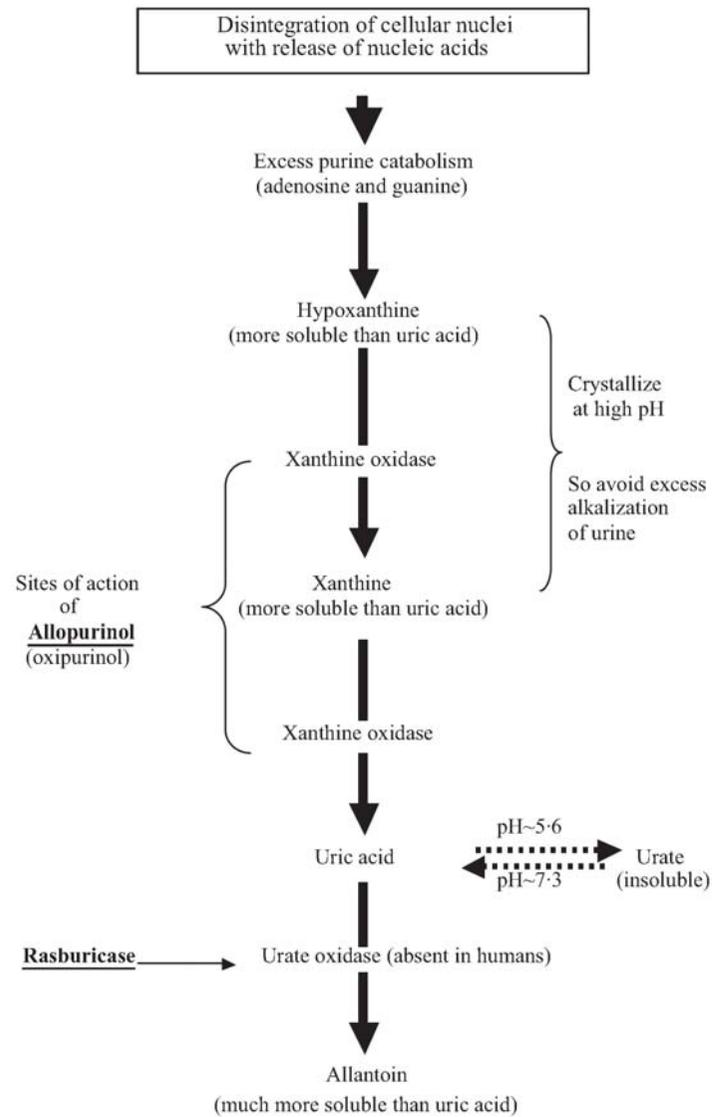


Fig 2. Mechanisms of action of xanthine oxidase inhibitors (allopurinol) and exogenous urate oxidases (rasburicase).

1. Combattre l'hyperuricémie : phase initiale

- **hyperdiurèse sodée** (NaCl 0,9 %)
diurèse > 2,5 l /m²/24 h
éviter l'alcalose systémique (**ne pas alcaliniser**)
- **hypouricémiant** : **urate-oxydase** (rasburicase ou Fasturtec^R amp à 1,5 et à 7,5 mg)
 - effets secondaires potentiels: réactions d'hypersensibilité
 - 0,20 mg/kg une fois par jour iv
 - en Belgique: remboursé par la sécurité sociale uniquement en cas d'hémopathie maligne

2. Traitement cytotoxique (antitumoral)

à débiter au mieux après contrôle de la situation métabolique initiale et obtention d'une hyperdiurèse correcte

3. Combattre l'hyperphosphaturie et l'hyperkaliémie

en fin de traitement cytotoxique

- maintenir l'hyperdiurèse sodée, en ayant éventuellement recours au furosémide
- en cas d'hyperkaliémie (> 5 mEq/L) :
Kayexalate 15 g p.o. toutes les 6 à 8 h

4. *Epuration extrarénale*

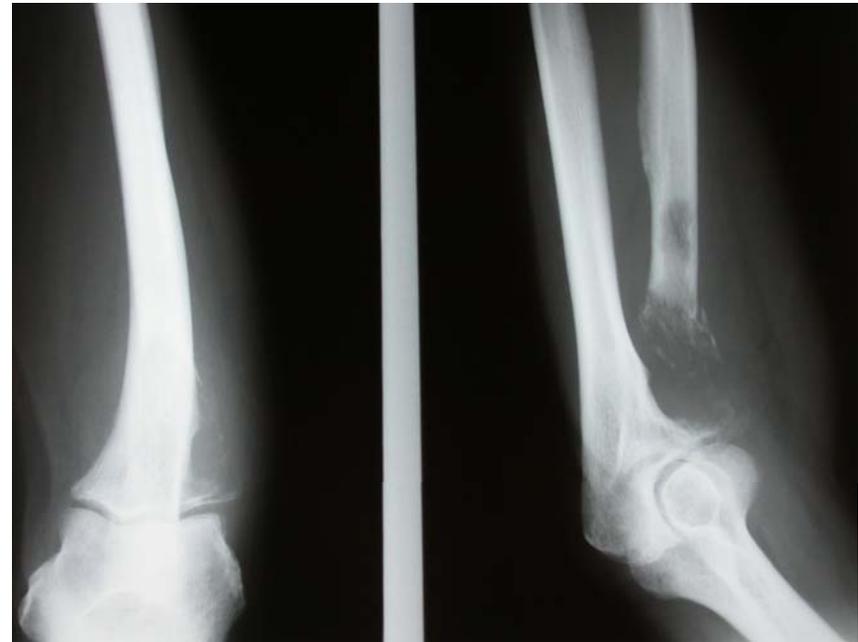
indications :

- rétention hydrosodée
- hyperphosphatémie non rapidement réversible :
produit $[P \times Ca] < 4,6$ (en mmol/l)
- acidose
- hyperkaliémie
- insuffisance rénale aiguë
- hypocalcémie symptomatique

(la prise en charge sera **précoce**, avant l'apparition de l'**aplasie chimio-induite**)

45 ans, cancer du sein

- Soif : boit 4 litres par jour
- Douleurs osseuses, notamment au coude
- Déshydratée



Hypercalcémie

Tableau clinique

- Nausées, vomissements
- Déshydratation
- Troubles du comportement
- Confusion
- Troubles de la conscience

Principales causes chez le cancéreux

- paranéoplasique (PTHrP, cytokines)
- métastases osseuses
- immobilisation
- médicaments : vitamine D, vitamine A, thiazidiques ...
- hyperparathyroïdie primaire



Bilan

- calcémie, phosphatémie, calcium ionisé, protéinémie, ionogramme, fonction rénale
- dosage PTH, PTHrP (si disponible)
- scintigraphie osseuse, évt RX et TDM des aires osseuses suspectes

Transfert en réanimation

- arythmies cardiaques
- calcémie > 14 à 15 mg/dl
- insuffisance cardiaque
- troubles de la conscience

Traitement

1. **Réhydratation** : au moins 3 l NaCl 0,9 % pendant 24 à 48 h
 - suivre la diurèse qui doit rester correcte (risque de surcharge hydrique)
 - suivre l'ionogramme (avec Ca et f. rénale) 4 x /jour avec correction hypernatrémie ou hypokaliémie
 - furosémide : à éviter tant que le patient n'est pas bien réhydraté
 2. **Biphosphonates** :
 - **acide zolédronique** 4 mg i.v. en 15 min dans 100 ml NaCl 0,9% ou glucosé 5%, à commencer après réhydratation
 - effets secondaires : syndrome grippal modéré, ostéonécrose de la mandibule
- alternative : **calcitonine** de saumon 2 à 4 U/kg/12h i.v. lent (ou IM)