

# CAS CLINIQUE

---

- Mr M., 63 ans
- Hospitalisé à l'UASS pour prise en charge de douleur causée par une épidurite dans le cadre d'un cancer urothélial.

# Histoire de l'affection néoplasique

---

- 2000 : Résection d'un polype vésical en Egypte (histologie inconnue)
- 2008 : Néphrectomie droite pour cancer rénal (histologie inconnue)
- 11/14 : Résection d'un polype vésical : carcinome urothélial de haut grade T3N0, bilan d'extension négatif.
- 01/15 : Traitement par cystecto-prostatectomie selon la méthode Bricker.  
Pas de traitement adjuvant à cause d'une Insuffisance rénale.
- 06/15 : progression métastatique au niveau osseux et ganglionnaire
- 07/15 : Administration de 2 cures de carboplatine-gemcitabine (sans J8 pour cause de thrombopénie)
- 3eme cure de chimio prévue en 08/15
- Radiothérapie pour épидurite au niveau D5 et flash D9

# Affection actuelle

---

- Abdomen aigu et iléus → Laparoscopie exploratrice : Mise en évidence d'une carcinomatose péritonéale avec brides et adhérences tumorales au niveau du grêle.
- Admission à l'USI pour Insuffisance rénale aiguë (dégradation depuis 2 jours)

# Motif d 'admission à l'USI

---

- Insuffisance rénale avec acidose compensée et Hyperkaliémie  
(Urée : 126/ Créatinine : 3,22/ $K^+$  : 4,8)
  - Origine Rénale < Toxique : injection de produit de contraste 3 jours avant admission à l'USI
  - Origine pré-rénale < Déshydratation < pertes digestives via iléostomie, diurétiques

# Examens complémentaires

---

- **Echo rein G** : Kystes rénaux corticaux

Urétéro-hydronephrose G stable : bassinet de 27mm de diamètre

# Traitement

---

- Monitoring cardiaque, Paramètres/3h, Bilan hydrique
- Régime : à jeun, SNG en aspiration, TPN 8g
- Perfusion : Gluc 5% 3L/24H
- IV : Perfusalgan<sup>®</sup> 1g 4x/j si T > 38°
  - Palladone<sup>®</sup> 5mg/24H
  - Palladone<sup>®</sup> 2mg 8x/j Si Douleur
  - Solumédrol<sup>®</sup> 125mg IV/24H
  - Pantomed<sup>®</sup> 40 mg 1x/j
- Autres : O2 : 2L/min
- Bas Kendall

# EVOLUTION (J1)

---

- **Plaintes du patient :**

- Douleurs abdominales prédominant au niveau du flanc droit
- Selles verdâtres via iléostomie

- **Examen physique :**

- Patient pâle, déshydraté, cachectique
- Langue sèche
- Abdomen ballonné, souple, douleur et défense au niveau flanc droit et fosse iliaque droite, pas de péristaltisme

# EVOLUTION (J2)

---

- **Plaintes du Patient :**

- Fatigue extrême

- **Examen physique :**

- Dyspnée à l'air ambiant  $\rightarrow$  21 d'O<sub>2</sub>  $\rightarrow$  VM 30% car patient respire par la bouche



# EVOLUTION (J3)

---

- **Plaintes du Patient :**

- Agitation extrême

- **Examen physique**

Hypertendu , tachycarde, diurèse insuffisante (=670 ml)

- GCS : 14/15 confus
- Marbré
- Utilisation de moyens de contention afin de protéger le patient de l'arrachage éventuel de ses cathéters et de l'iléostomie

# EVOLUTION (J4/1)

---

- **Plaintes du Patient :**

- Soif++, pas de nausée ni de vomissement

- **Examen physique :**

- Marbré, vasoconstriction++, polypnéique
- Abdomen : Ballonné +, souple, douleur diffuse à la palpation avec défense, pas de rebond, Péristaltisme, douleurs abdominales au niveau du flanc droit continue

# EVOLUTION (J4/2)

---

- **Echo cœur** : FEVG 50 %, VCI collabée
- **15h30** : Mise en place d'un cathéter central : 5 Minutes après mise en place de la voie centrale
  - Perte de connaissance avec hypoTA à 70/50 et Tachycardie Ventriculaire soutenue
  - GAZO sous VM35%: 7.40/20/120/K+: 5.8/Lactate:32
  - ECG modifié avec sous décalage V2-V3-V4
  - Contrôle RX Thorax : voie centrale dans le ventricule au contact du PAC -> Retrait voie centrale de +/- 4 cm
- **16h30** : Patient comateux avec hémiplégié gauche Glasgow à 9/15 :
  - CT cérébral à blanc : pas d'hémorragie, pas d'AVC, pas d'effet de masse

# EVOLUTION (J5)

---

- **Patient :**

- 7H30, **convulsions latéralisées à gauche** (de +/- 2 minutes) avec dégradation neurologique (glasgow à 7/15)
- **Intubation à 8H**
- Suite à l'intubation, épisode d'**hypotension** à 40/20mmhg, rapidement résolu après instauration de Noradrénaline
- Patient calme, confortable, mord légèrement le tube

- **Biologie 08h00** : Urée : 179, Créatinine : 3.24, K<sup>+</sup> : 5.4, Bicar:13, CRP:88

- **GAZO sous VMI FIO2 70%** : 7,18 /16/145/Lactate 22

→ **Décision d'hémofiltration continue**

# EVOLUTION (J6/1)

---

- **Patient :**

- Intubé, ventilé, réagit à l'appel, calme
- **Suintement d'ascite très abondant** via plaie abdominale médiane : non purulent
- Neuro : myosis bilatéral, pupilles isocores et réflexives. Glasgow à 9/10, **Hémiplégie gauche, hémi- négligence gauche**

# EVOLUTION (J6/2)

---

- **Examens :**
  - CT cérébral : pas d'effet de masse ni de lésion ischémique ou hémorragique, atrophie cortico-sous-corticale
  - Echo carotides : pas de sténose visualisée
- **Début de soirée : Patient fortement dégradé.**
  - Sur le plan hémodynamique : **HypoTA** à 46 mmHg de moyenne. Remplissage avec gelofusine.  
**Diurèse 60cc en 12 heures.**
  - Sur le plan respiratoire : en VS PEP , FiO2 : 50%, PEEP: 2 : **7.33/35/64 satu: 90%**
  - Sur le plan neurologique : **E1V™1**

# EVOLUTION (J6/3)

---

- **Attitude :**
  - Réunion avec la famille soit le soir soit lendemain matin.
    - Rediscuter statut et aller vers une désescalade thérapeutique si son état ne s'améliore pas
    - Avis médecin en charge du patient en salle.

# EVOLUTION (J7)

---

- *Discussion avec médecin de salle(traducteur/interprète), l'oncologue et la famille: au vu de la néoplasie en progression, des multiples complications (hémiplégie gauche puis coma, insuffisance rénale...): décision de soins de confort*



# Examens complémentaires

---

- **Biologie :**
  - Dégradation progressive des valeurs biologiques avec aggravation de l'insuffisance rénale et troubles ioniques
- **GAZO :**
  - Dégradation progressive vers une acidose métabolique

# EVOLUTION (J8)

---

- **Patient :**
  - Pas de contact, semble confortable
  - Patient hypotendu.
- **Vers 11h, épisode de chute de TA avec marbrures et apparition d'un sus-décalage ST sur le tracé sur le monitoring.**
- **Décès du patient au J 9 dans la matinée**

# CONCLUSIONS(1)

---

- **Patient de 63 ans**
  - **Accident vasculaire cérébral avec hémiparésie gauche** et troubles de la conscience favorisés par :
    - Bas débit cardiaque
    - Terrain vasculaire
  - **Crise convulsive latéralisée à gauche avec dégradation neurologique** → une intubation endo-trachéale (j5)
  - **Insuffisance rénale avec acidose et hyperkaliémie**
    - Origine Rénale < Toxique : injection de produit de contraste (J-3)
    - Origine pré-rénale < Déshydratation < pertes digestives via iléostomie, diurétiques et bas débit cardiaque
    - Post rénale peu probable car sonde JJ avec urétérostomie gauche perméable
    - Néphrectomie droite
- Dialyse

# CONCLUSIONS(2)

---

- **Iléus dans un contexte de carcinomatose péritonéale** avec brides et adhérences du grêle
  - Iléostomie de décharge + décompression du grêle (J-2)
- **Néoplasie urétérale avec métastases ganglionnaires et osseuses**
  - Cystectomie-prostatectomie et urétérostomie en 11/2014
  - 06/2015 : Traitement par 2 cures de chimiothérapie de type Carboplatine/Gemcitabine vu progression
  - Radiothérapie D2-D6 pour une épидurite au niveau de D5 et Flash de radiothérapie pour épидurite au niveau D9
- **Néphrectomie droite pour cancer rénal en 2008**
- **Artériopathie**