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

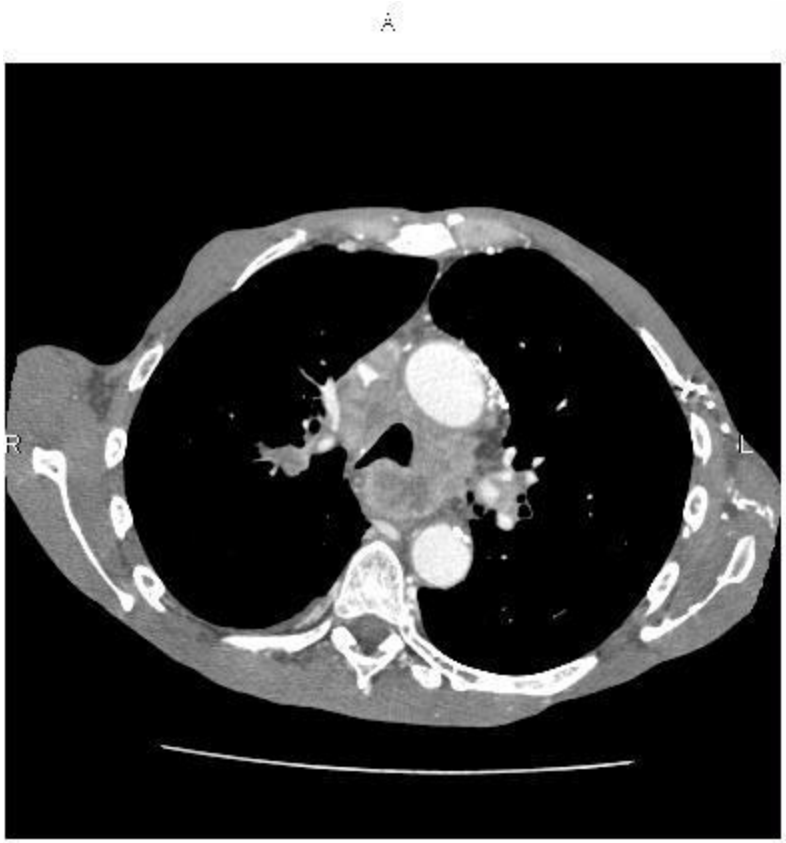
- cancer dans le médiastin : bronchique, métastase, lymphome
- thrombose sur cathéter central : PAC, pacemaker ...
- hémorragie ou infection médiastinale

Tableau clinique

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

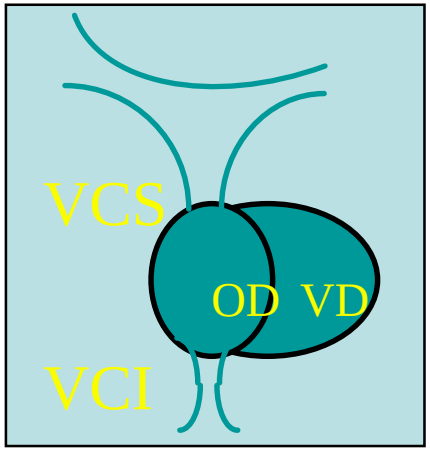
Diagnostic

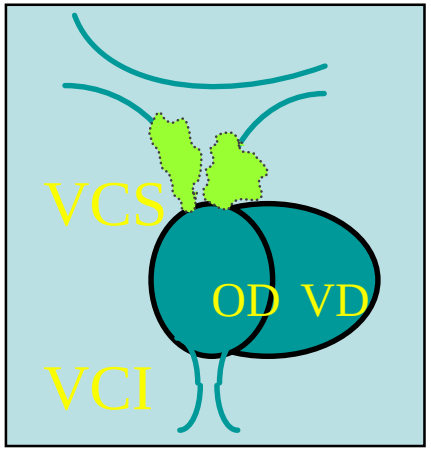
- repose sur l'examen clinique
- tomodensitométrie du thorax
- diagnostic histologique précis, quitte à recourir à la médiastinoscopie

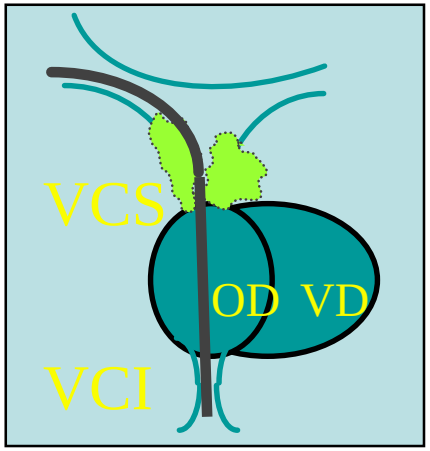


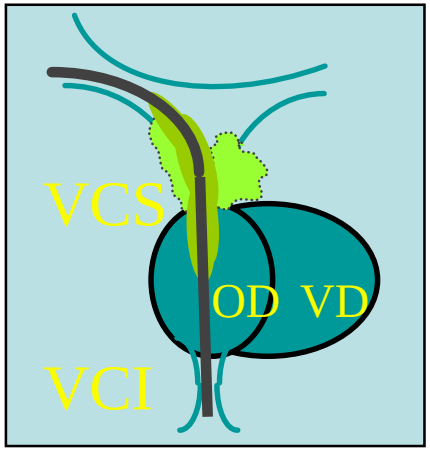
Traitement

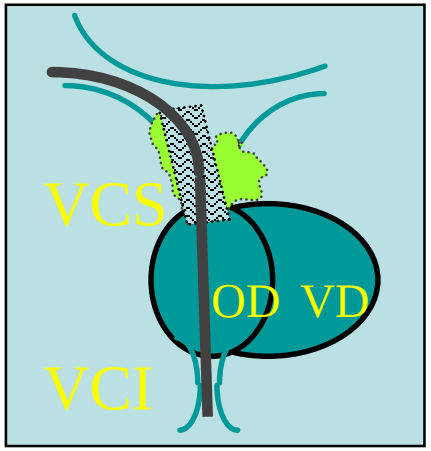
- Le syndrome cave supérieur n'est pas en lui-même une urgence vitale
- En cas de SCS sur cathéter : héparine i.v., voire fibrinolyse
- En cas de SCS sur compression maligne : chimiothérapie et/ou radiothérapie; évt placement d'une prothèse intravasculaire
- Corticothérapie, diurétiques et héparine n'ont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

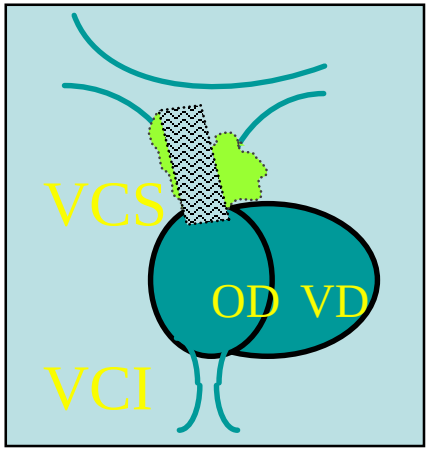

VCS
OD VD
VCI


VCS
OD VD
VCI


VCS
OD VD
VCI


VCS
OD VD
VCI


VCS
OD VD
VCI

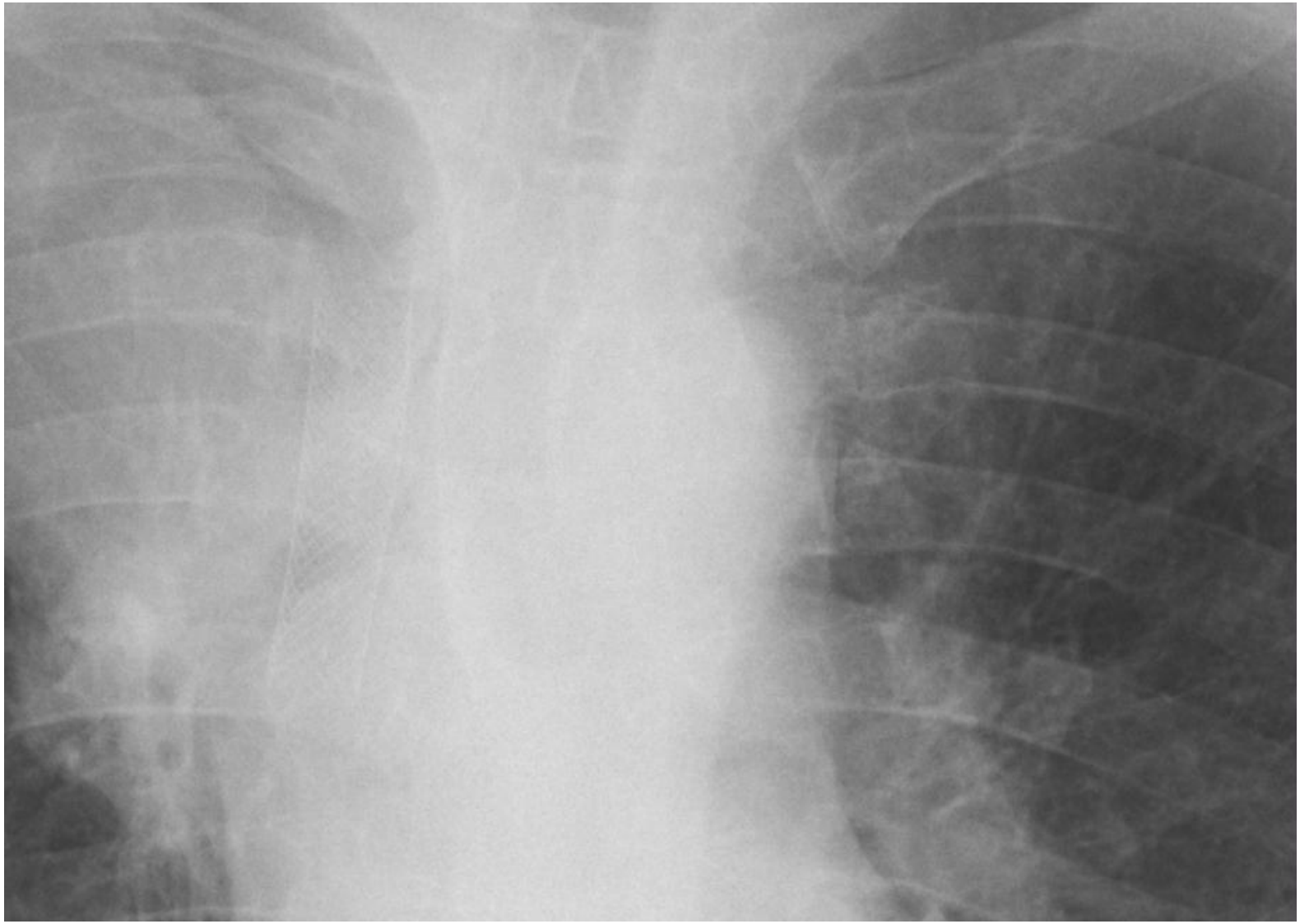

VCS
OD VD
VCI

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



A

B

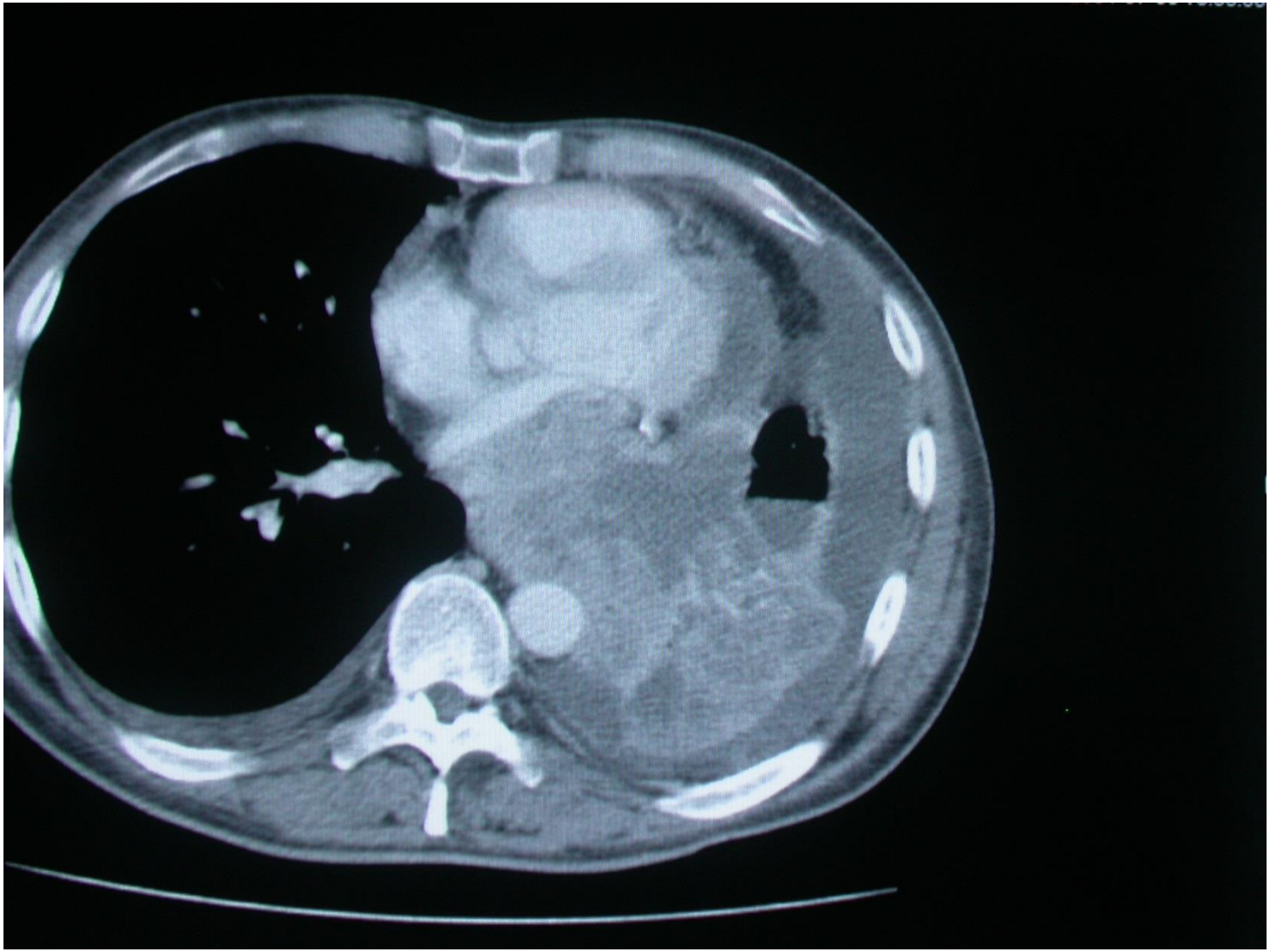
The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CLINICAL PRACTICE

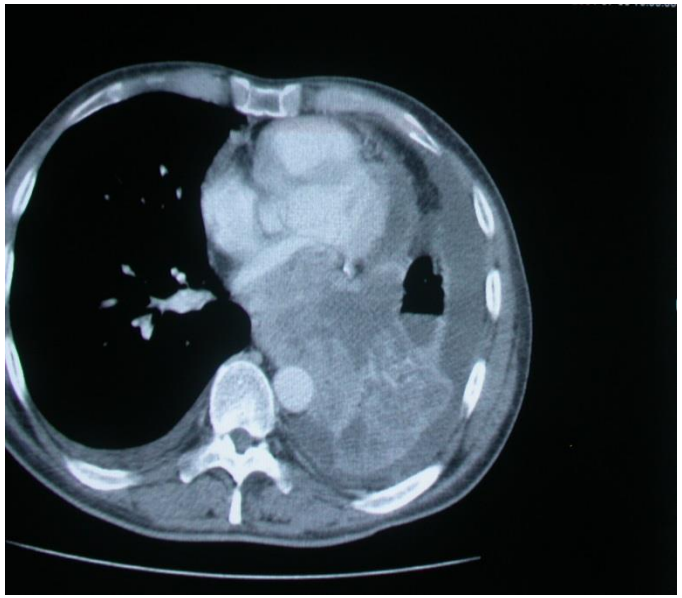
Superior Vena Cava Syndrome with Malignant Causes

Lynn D. Wilson, M.D., M.P.H., Frank C. Detterbeck, M.D., and Joachim Yahalom, M.D.

N Engl J Med 2007;356:1862-9.



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

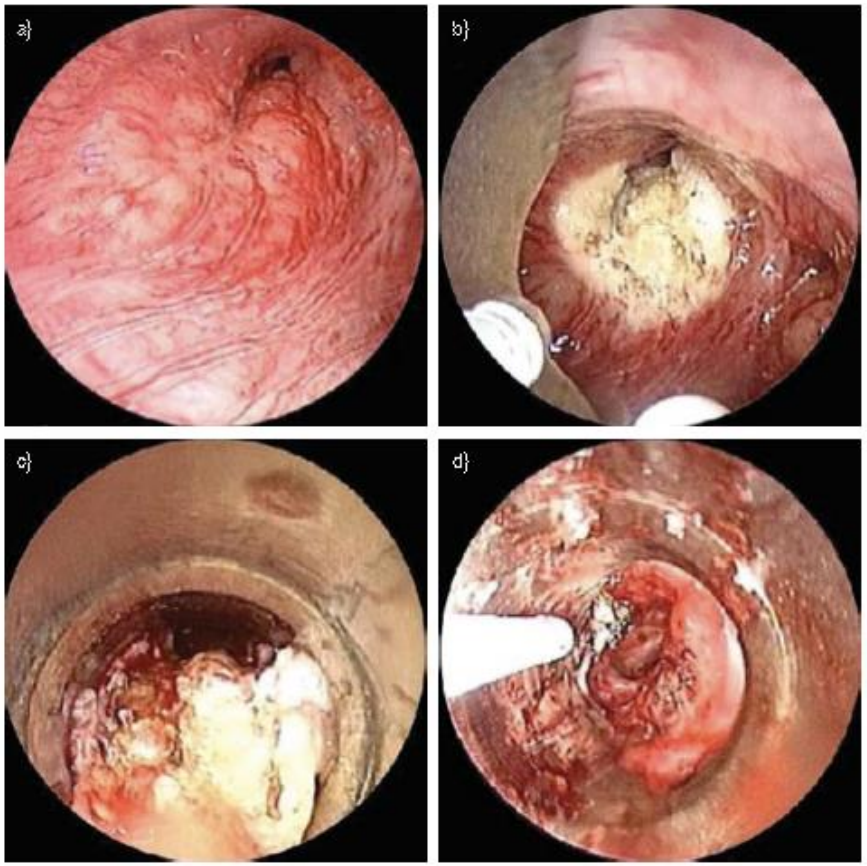
- au niveau laryngé : dyspnée inspiratoire, tirage, cornage
- au niveau trachéobronchique : dyspnée expiratoire, tirage, stridor, atélectasie, pneumonie post-obstructive

syndrome obstructif

Etiologie tumorale obstructive :

- bronchoscopie interventionnelle

- chimiothérapie, radiothérapie

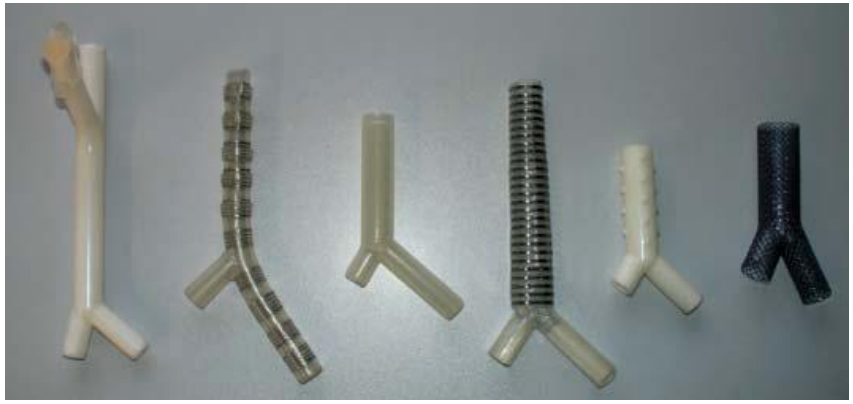


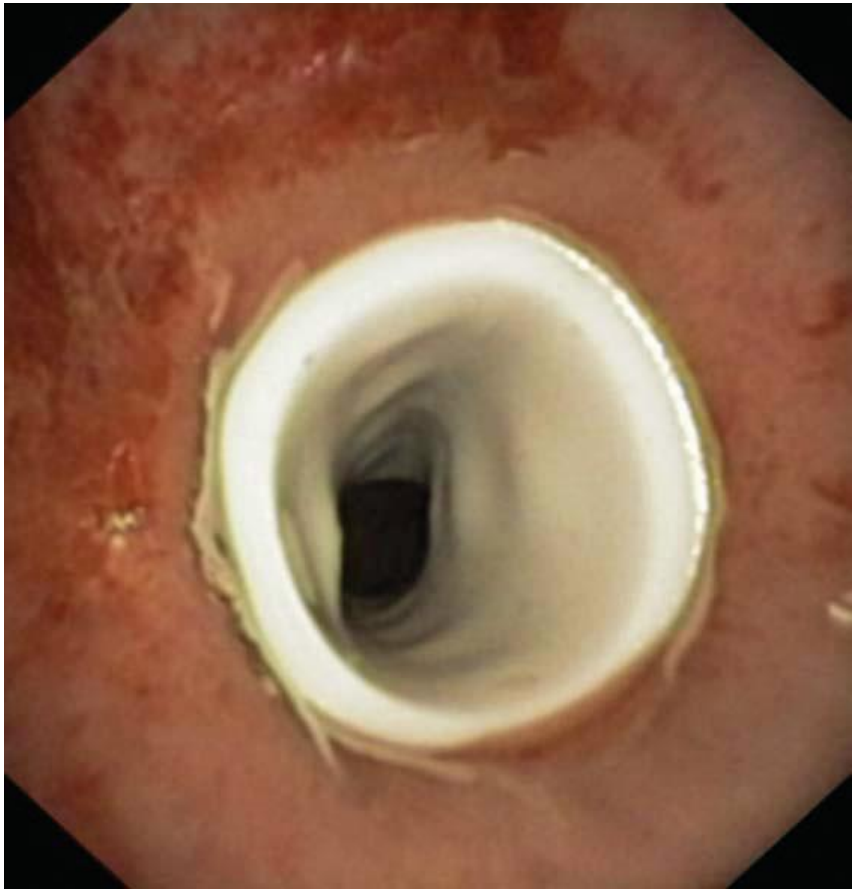
syndrome compressif

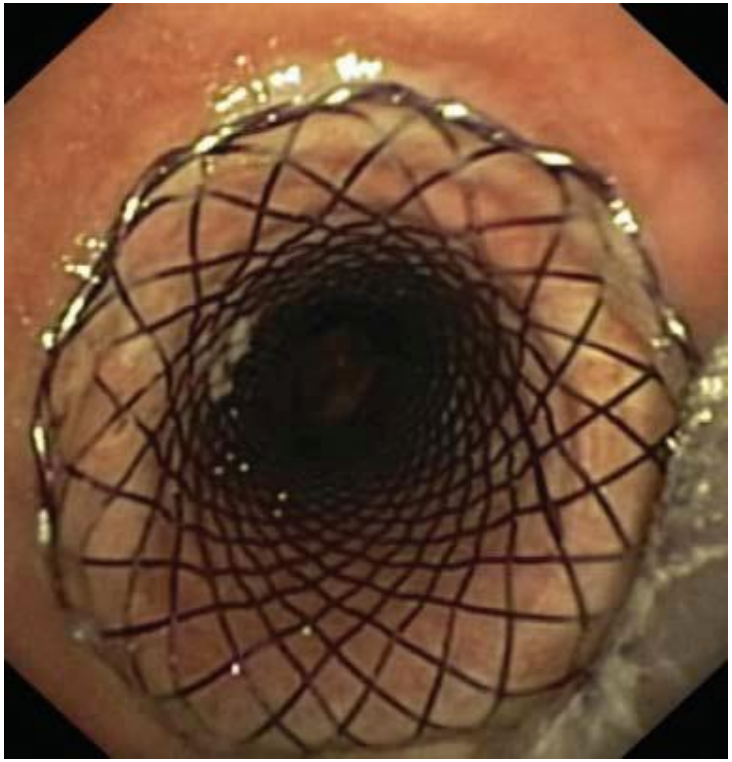
Etiologie tumorale compressive :

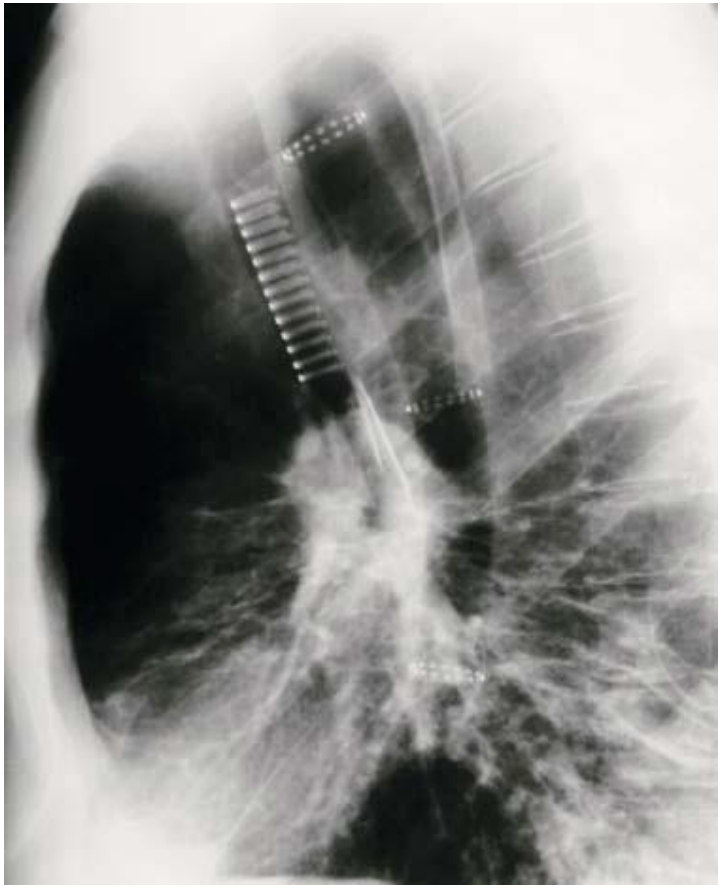
- prothèse endobronchique

- chimiothérapie, radiothérapie









Atélectasie

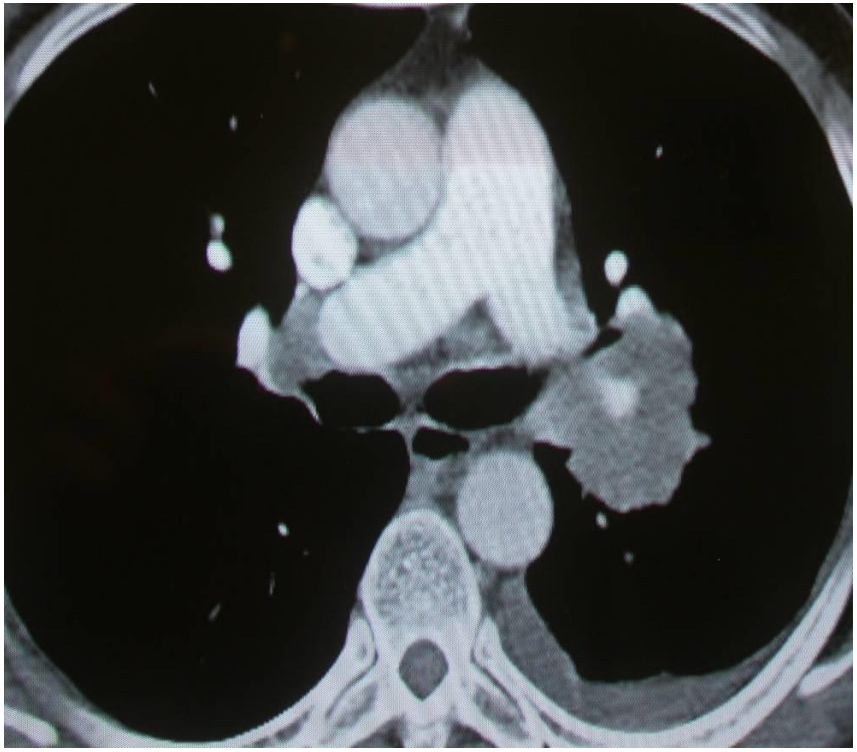
résulte d'un collapsus du poumon suite à :

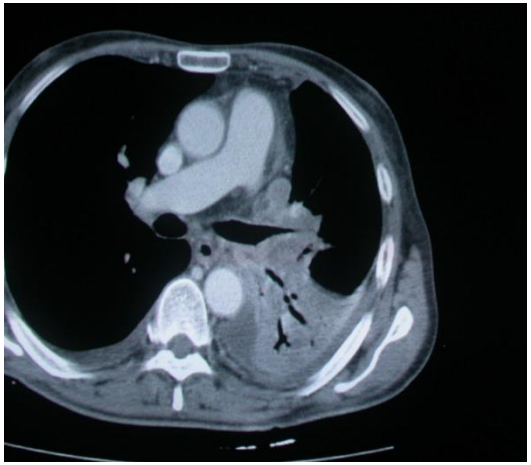
- une compression : épanchement pleural massif, pneumothorax, bulle géante
- une absorption de l'air par obstruction bronchique: cancer bronchique primaire ou métastatique, corps étranger, bouchon muqueux, compression extrinsèque (adénopathies, métastases), postopératoire (sécrétions)

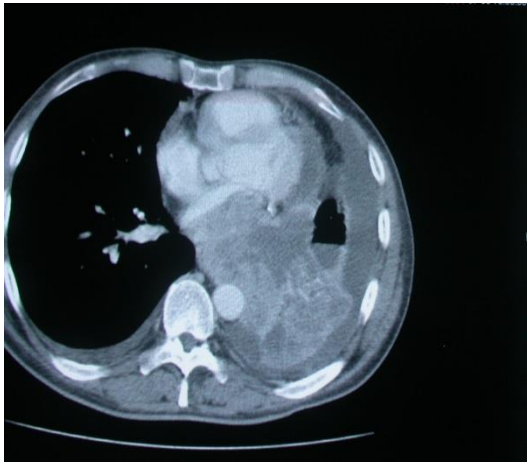
Tableau

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

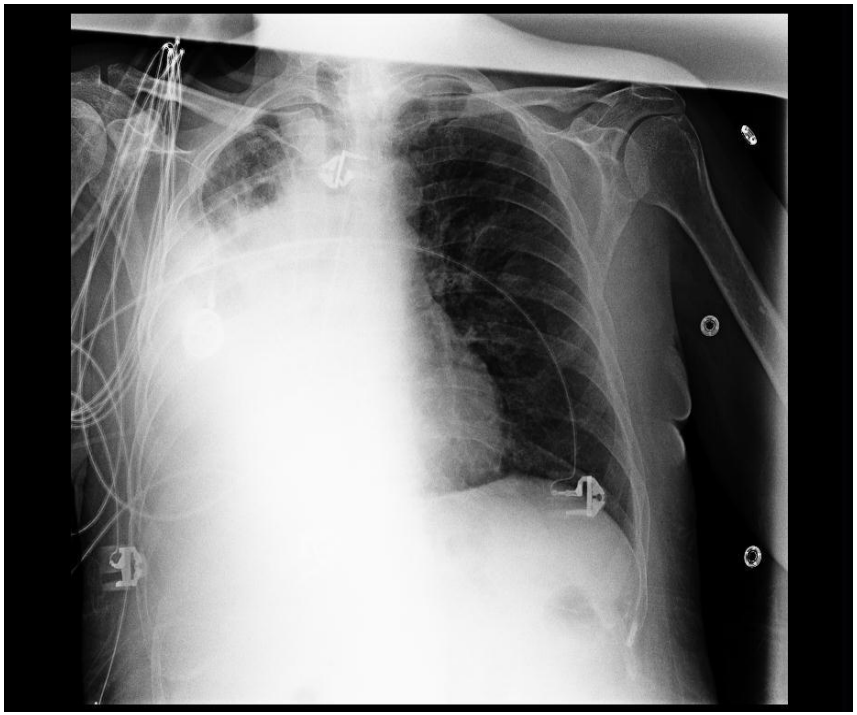
Atélectasie sur tumeur bronchique

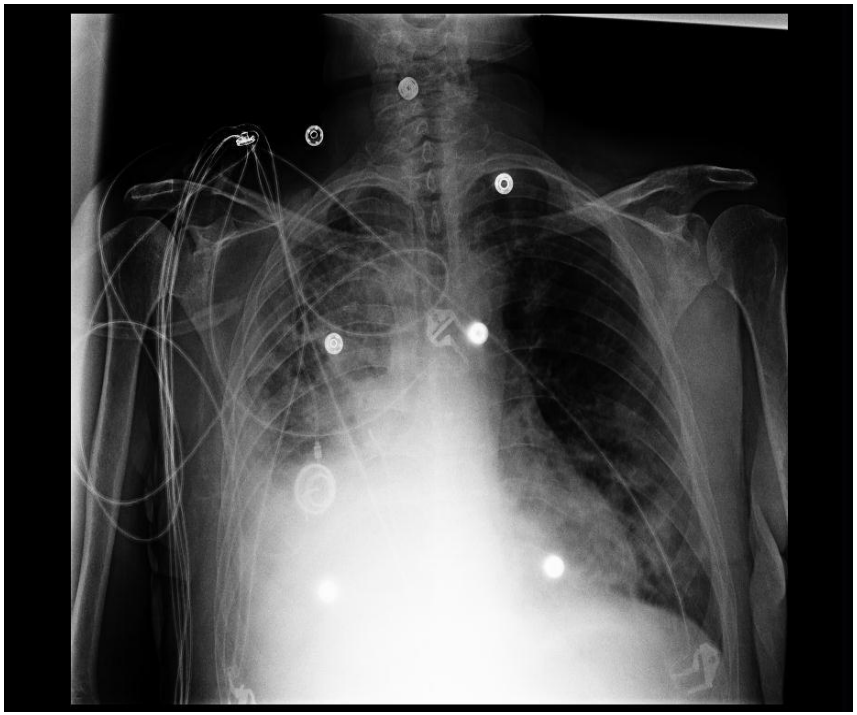






Atélectasie sur bouchon (contexte cancer du sein)





Revue des Maladies Respiratoires Actualités (2015) 7, 46-50

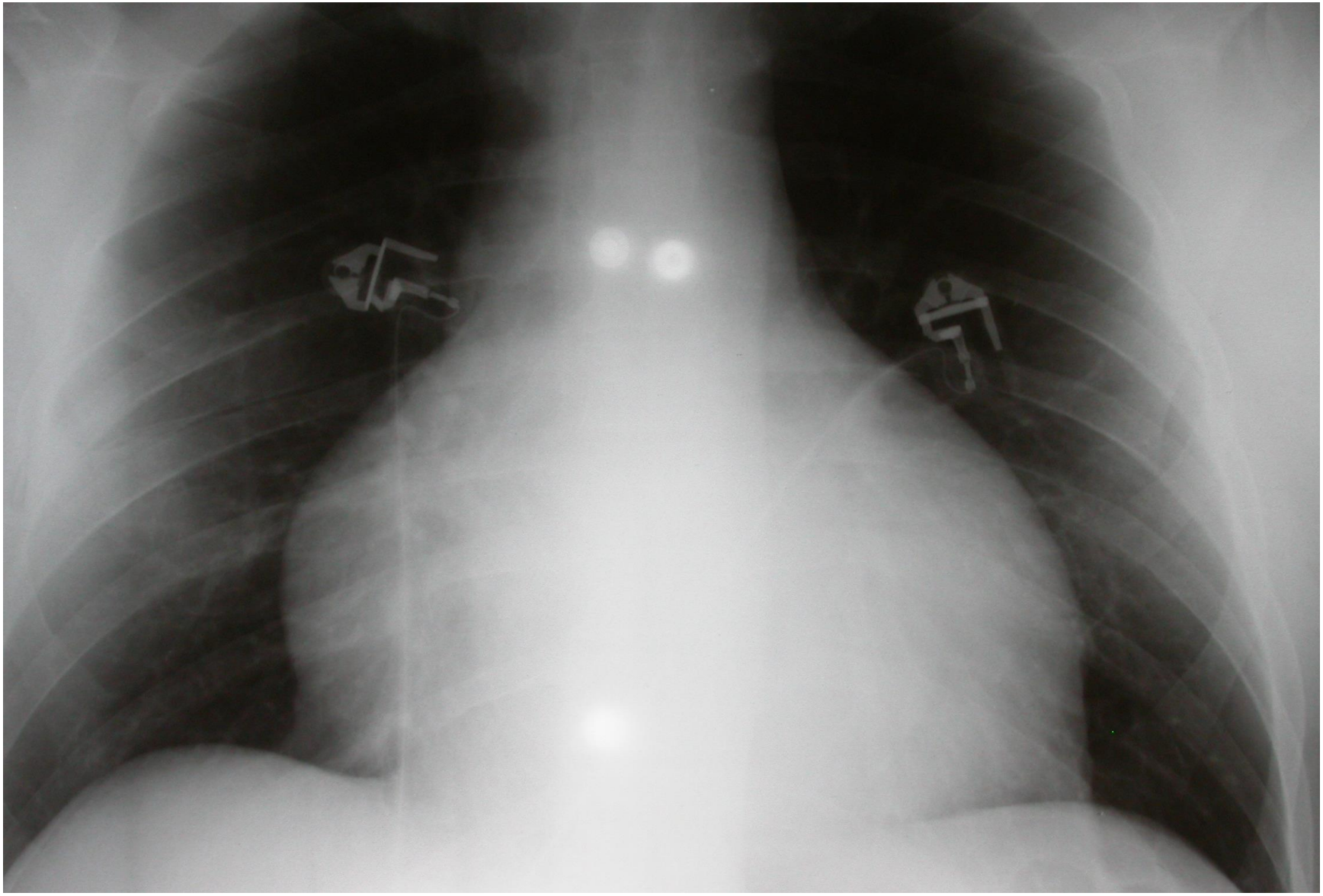
Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

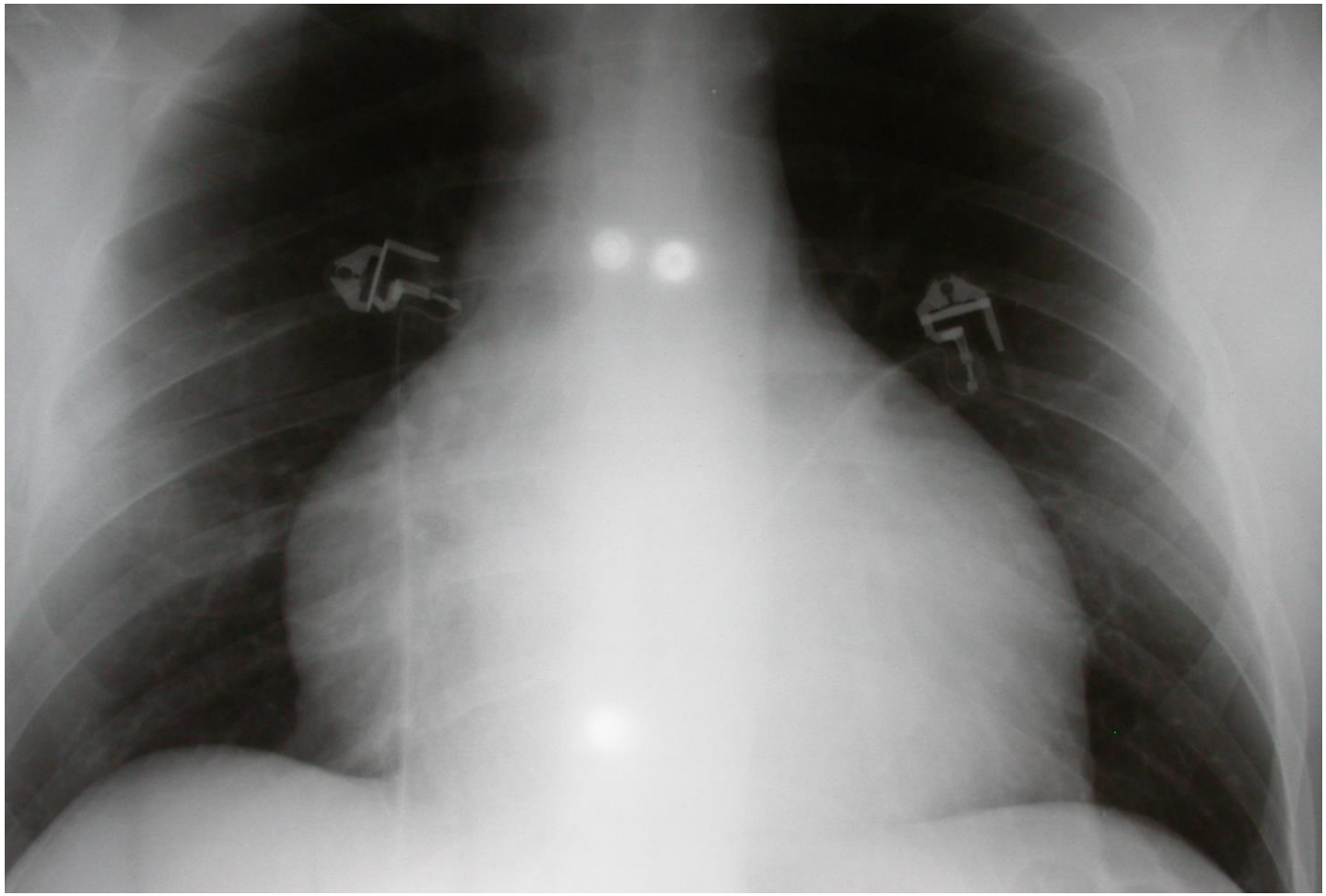
SYNTHÈSE N° 1

Prothèses trachéobronchiques : où, quand, comment ?

C.-H. Marquette



Péricardite et tamponnade péricardique



Définition

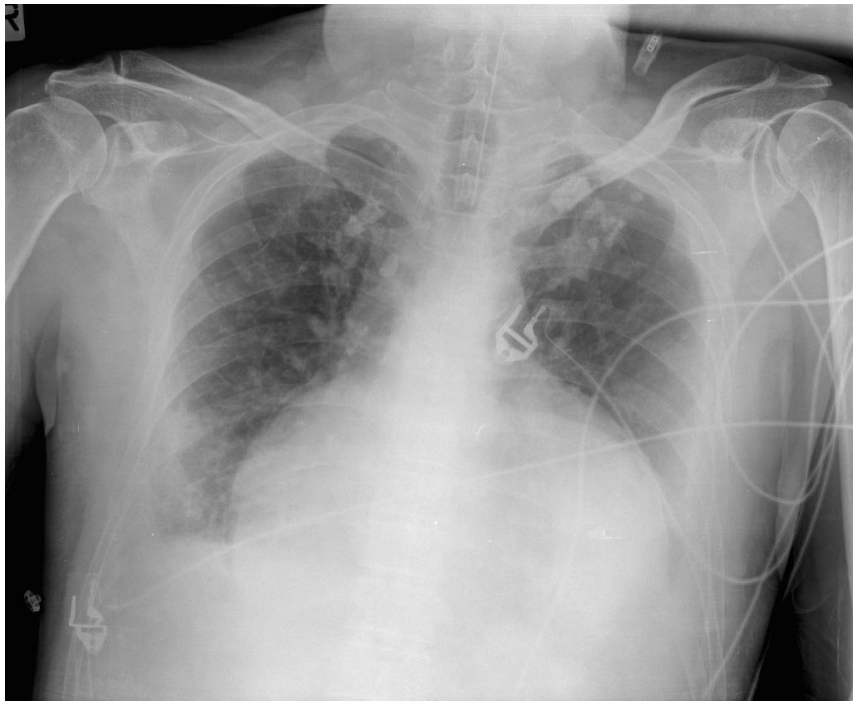
Liée à un épanchement péricardique malin, la tamponnade entraîne un tableau de choc obstructif par compression des cavités cardiaques.

Tableau clinique

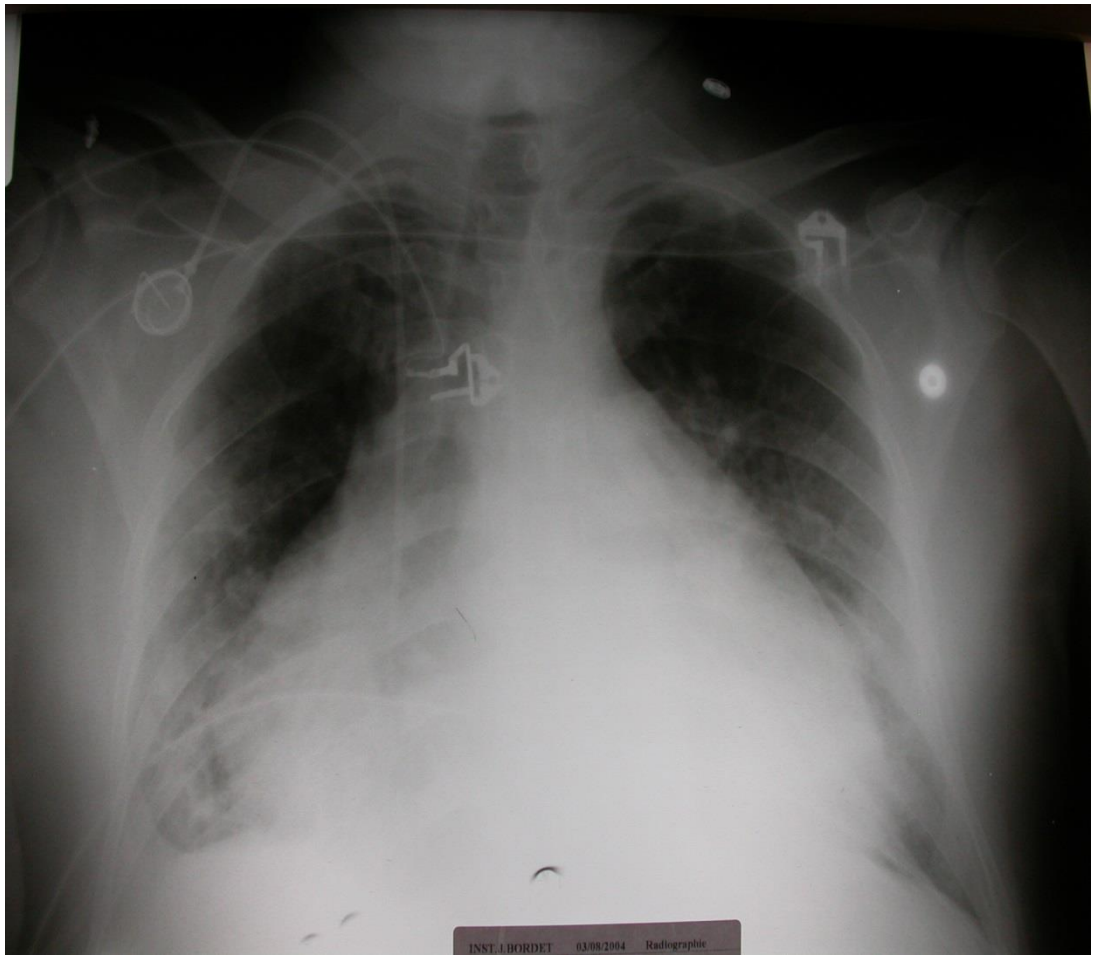
- douleur (souvent atypique)
- auscultation cardiaque : frottement (inconstant et fugace), bruits assourdis
- signes de décompensation cardiaque droite : OMI, jugulaires turgescentes, hépatomégalie douloureuse
- tamponnade : pouls paradoxal (significatif à partir de 10 mm Hg), hypotension artérielle,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

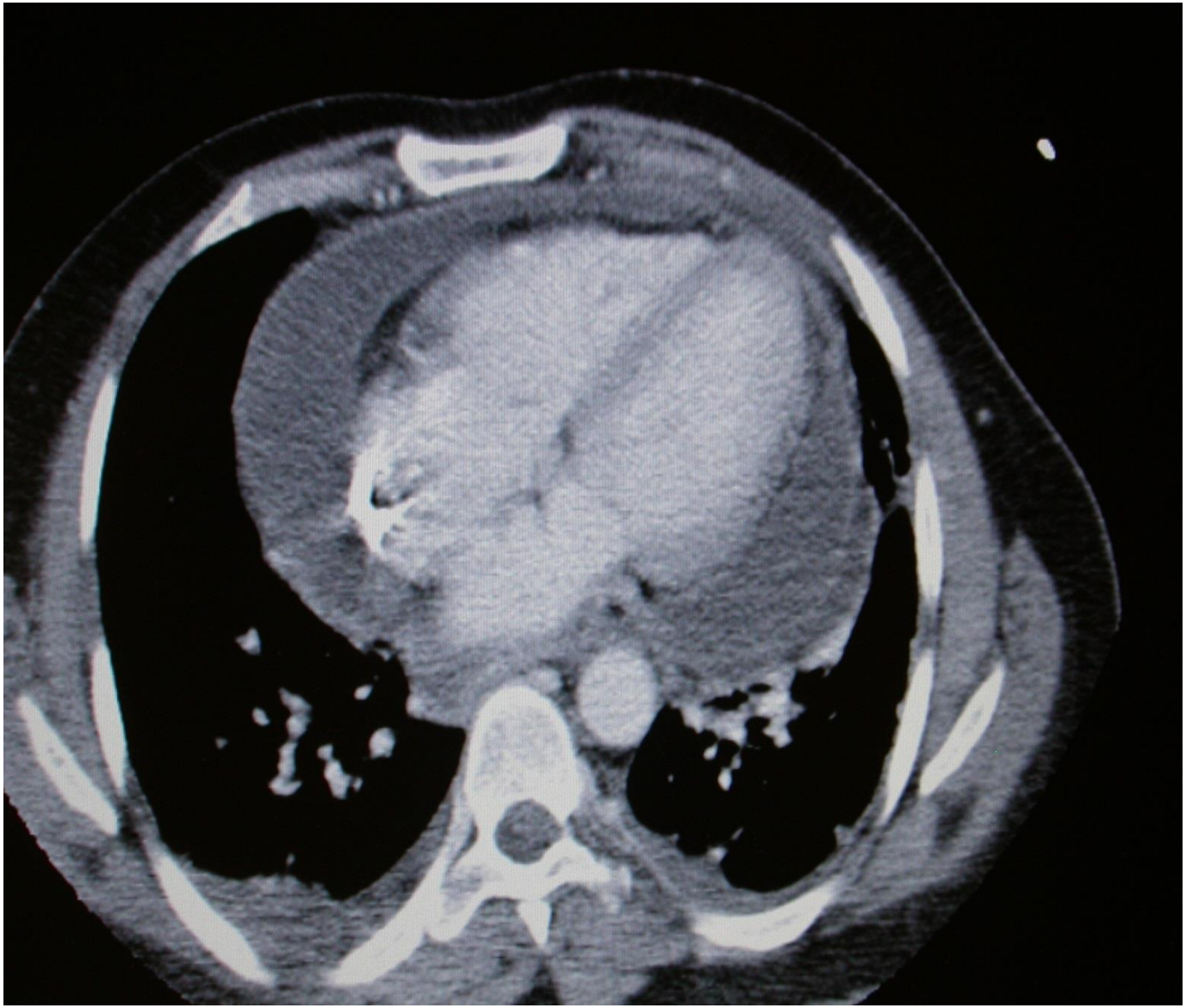
Bilan

- 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

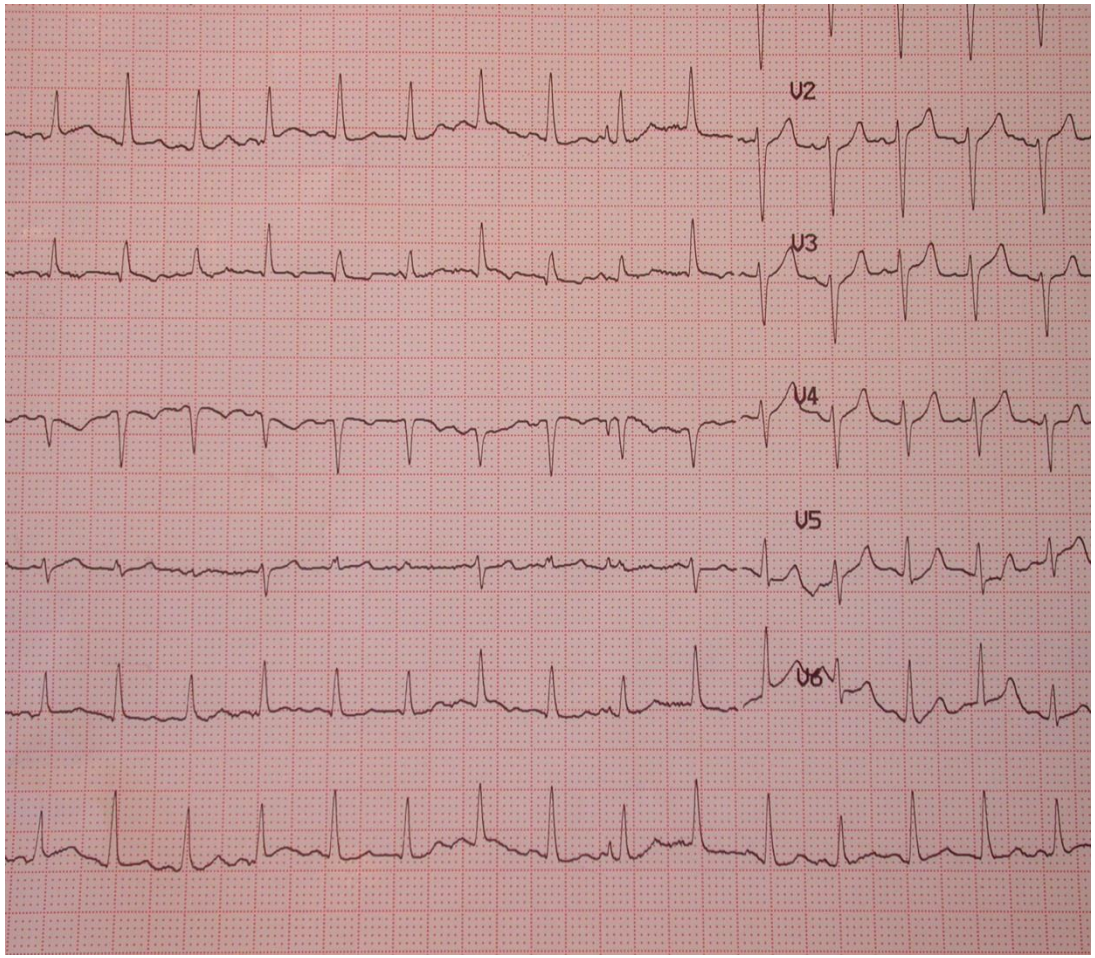


Leucose aiguë et hémorragie





Alternance

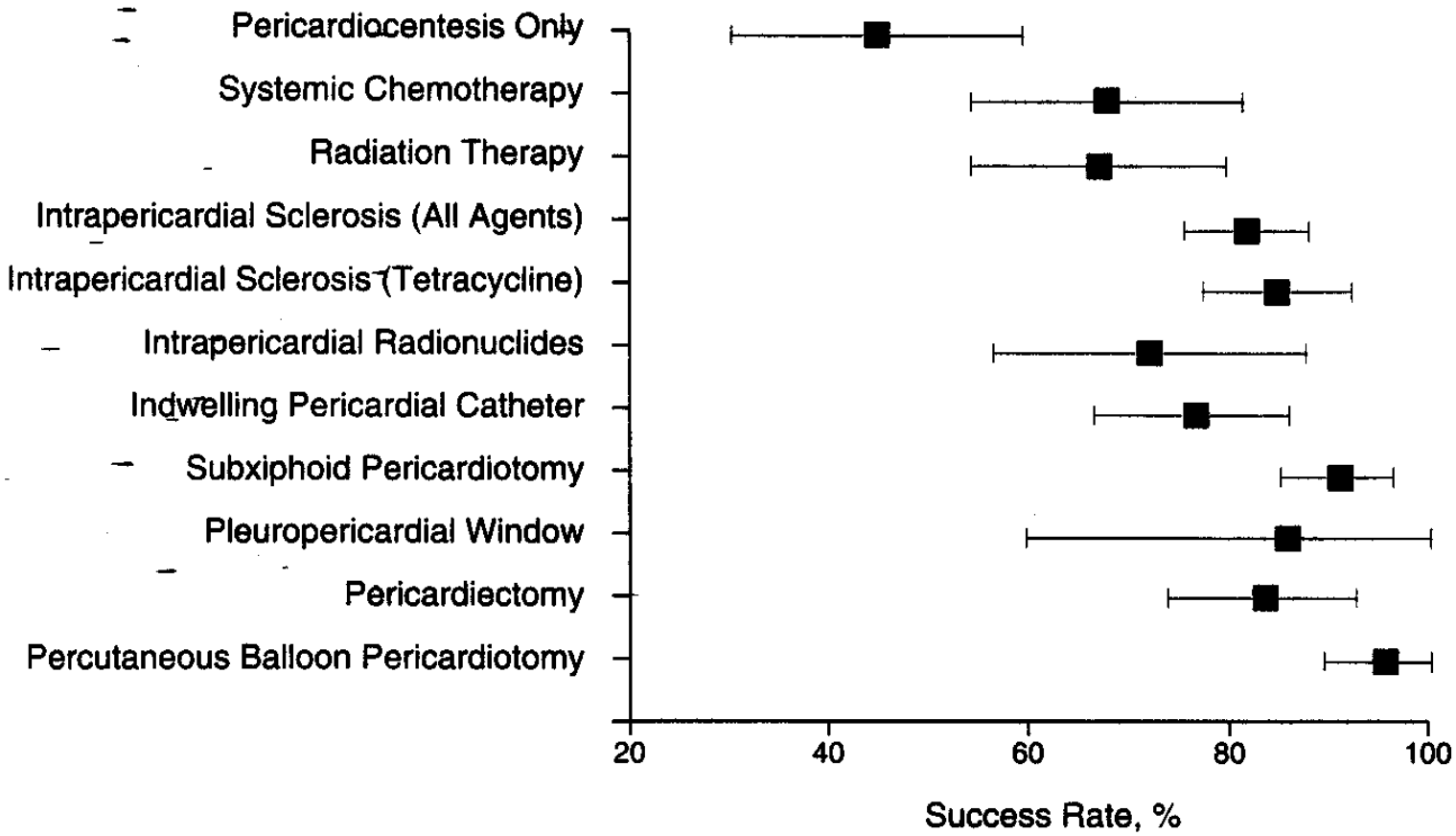


Principales étiologies

- 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.

Méd. Intensive Réa. (2016) 25:453-463
DOI 10.1007/s13546-015-1169-9

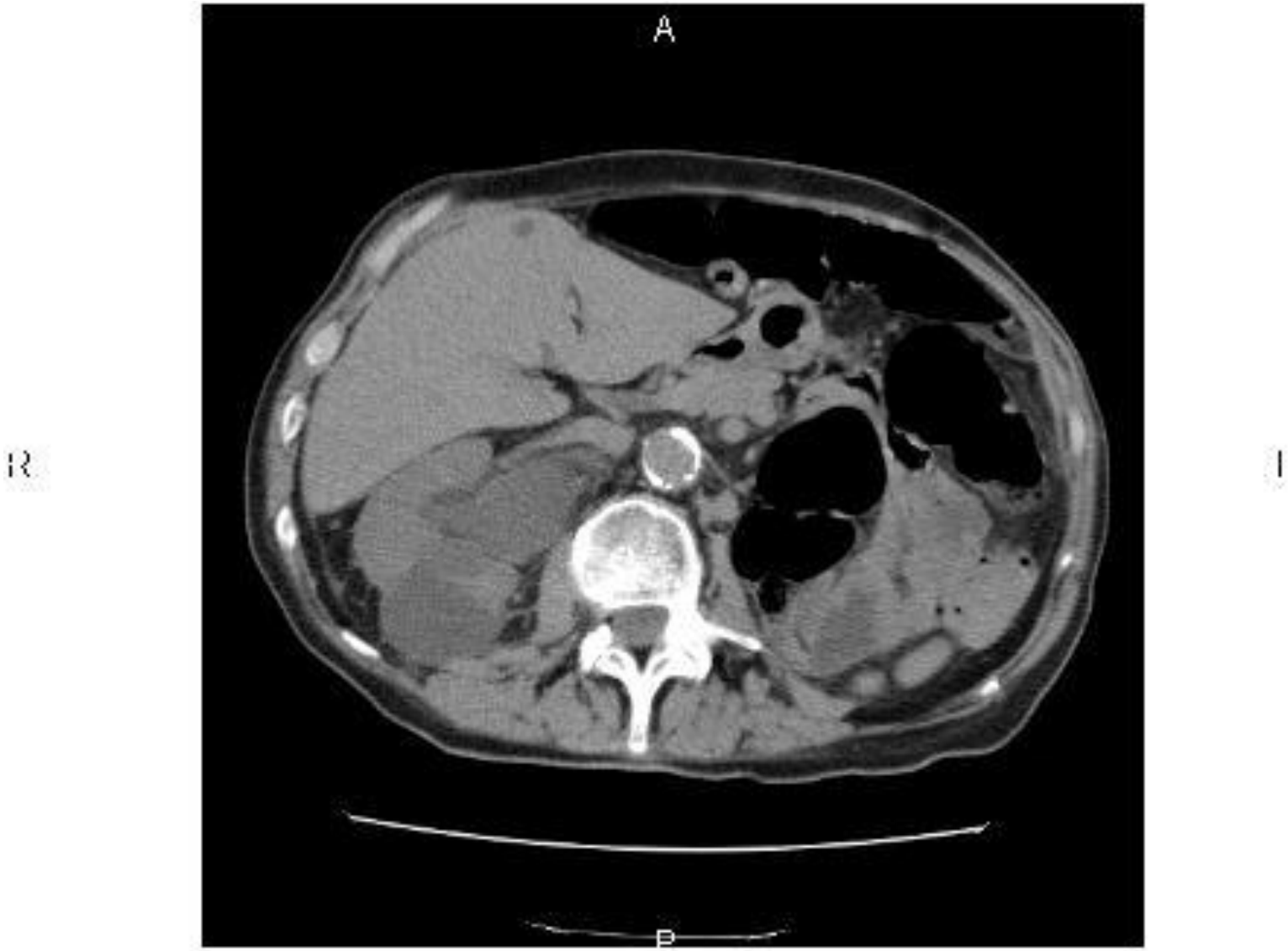
MISE AU POINT / *UPDATE*

Épanchement péricardique en réanimation — critères cliniques et échographiques diagnostiques de tamponnade — indications de drainage en urgence

Pericardial Effusion in Intensive Care Medicine — Clinical and Echocardiographic Diagnosis of Cardiac Tamponade — Emergency Pericardial Drainage

L. Guérin · A. Aubry · A. Vieillard-Baron

Reçu le 13 octobre 2015; accepté le 22 décembre 2015
© SRLF et Lavoisier SAS 2015


A
R
L
P

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

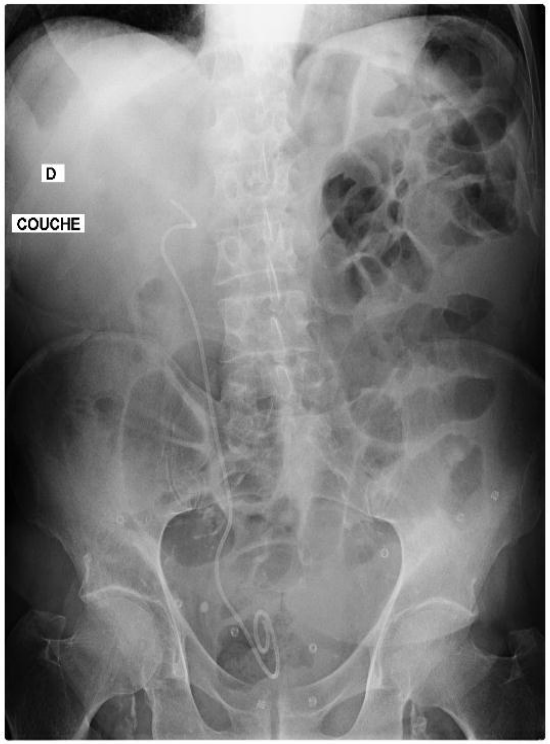
biologie: insuffisance rénale

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

Réanimation (2015) 24:661-667
DOI 10.1007/s13546-015-1120-4

MISE AU POINT / *UPDATE* **NÉPHROLOGIE ET MÉTABOLISME**

Insuffisance rénale aiguë obstructive de l'adulte en réanimation : prise en charge et facteurs pronostiques

Obstructive Acute Renal Failure: Treatment and Prognostic Factors

A. Hamdi · V. Das

Reçu le 23 juin 2015 ; accepté le 15 septembre 2015
© SRLF et Lavoisier SAS 2015

H
A
I
F

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)
- 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 antiœdémateux) : bolus i.v. de dexamethasone (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)

VOLUME 23 · NUMBER 9 · MARCH 20 2005

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

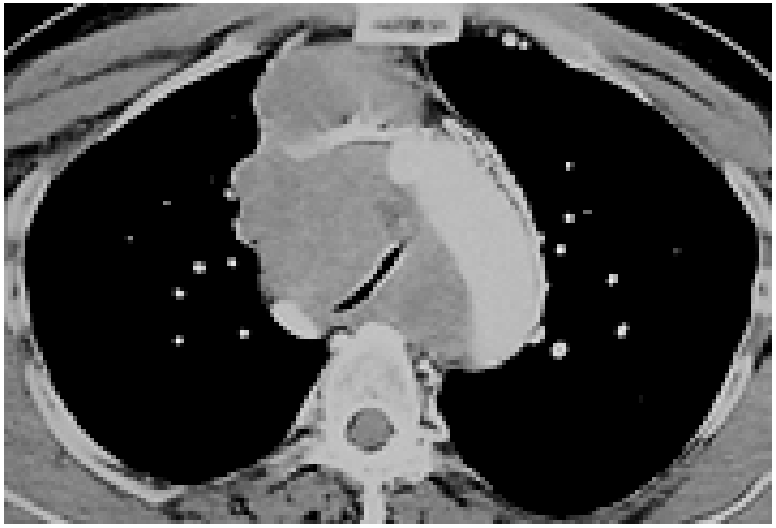
REVIEW ARTICLE

Systematic Review of the Diagnosis and Management of Malignant Extradural Spinal Cord Compression: The Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative's Neuro-Oncology Disease Site Group

D. Andrew Loblaw, James Perry, Alexandra Chambers, and Normand J. Laperriere

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

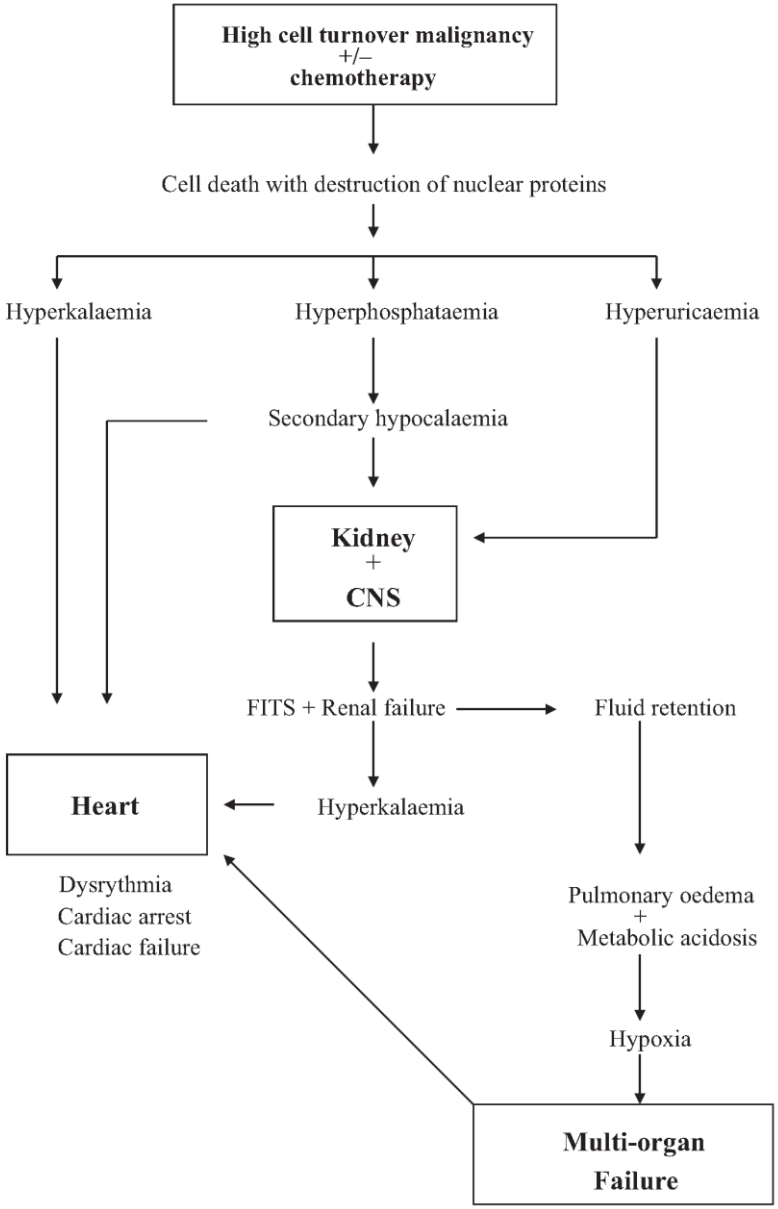

High cell turnover malignancy
+/–
chemotherapy
Cell death with destruction of nuclear proteins
Hyperkalaemia
Hyperphosphataemia
Hyperuricaemia
Secondary hypocalaemia
Kidney
+
CNS
FITS + Renal failure
Fluid retention
Heart
Hyperkalaemia
Dysrythmia
Cardiac arrest
Cardiac failure
Pulmonary oedema
+
Metabolic acidosis
Hypoxia
Multi-organ
Failure

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)

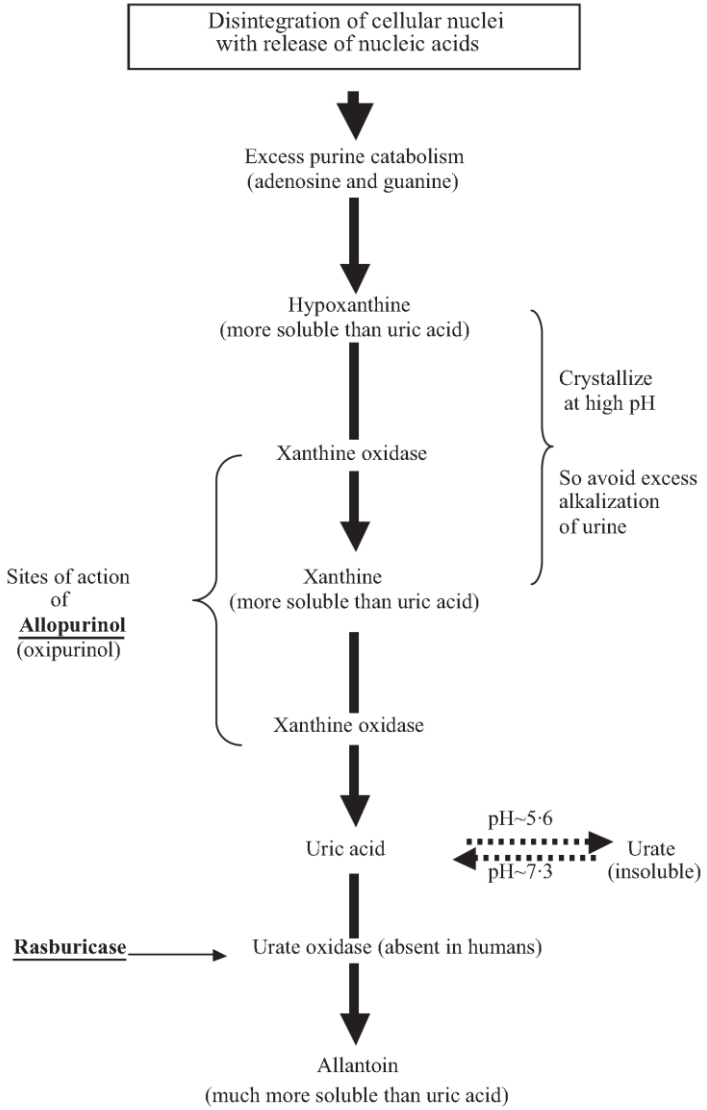


Fig 2. Mechanisms of action of xanthine oxidase inhibitors (allopurinol) and exogenous urate oxidases (rasburicase).

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 débuter 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 x 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)

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

REVIEW ARTICLE

CURRENT CONCEPTS

The Tumor Lysis Syndrome

Scott C. Howard, M.D., Deborah P. Jones, M.D., and Ching-Hon Pui, M.D.

N Engl J Med 2011;364:1844-54.

ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE DIRECT®

La revue de médecine interne 26 (2005) 27–32

la revue de médecine interne

http://france.elsevier.com/direct/REVMED/

Mouvement thérapeutique

Traitement actuel du syndrome de lyse tumorale

Acute tumor lysis syndrome: update on therapy

E. Jabbour, V. Ribrag*

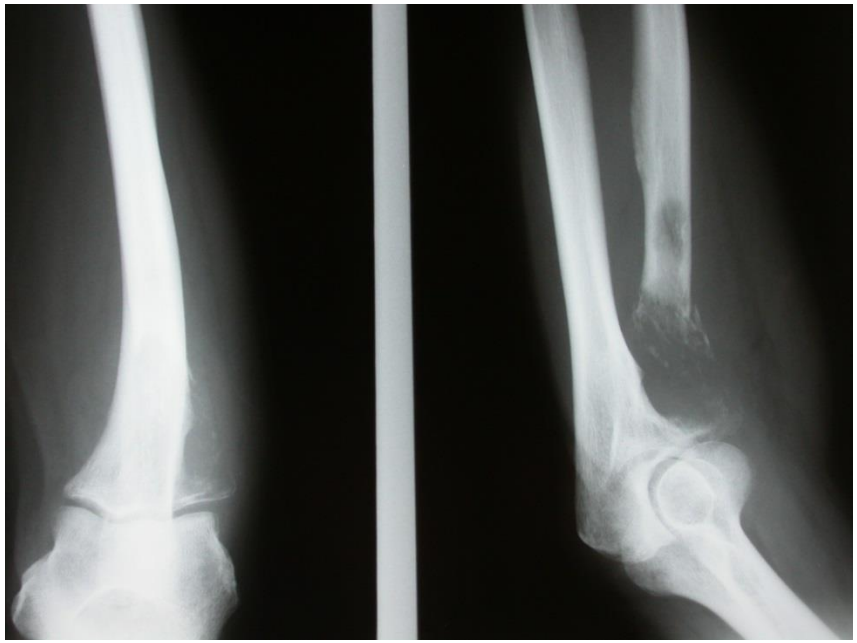
Département de médecine, institut Gustave-Roussy, 39, rue C -Desmoulins, 94 805 Villejuif, France

Reçu le 3 décembre 2003 ; accepté le 22 juin 2004

Disponible sur internet le 29 juillet 2004

45 ans, cancer du sein

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



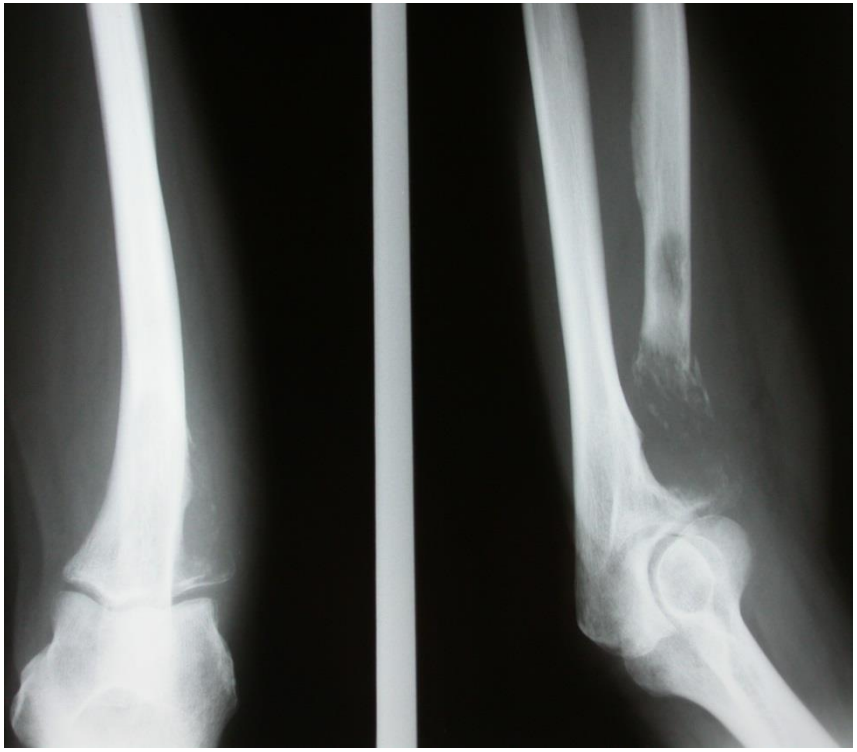
Hypercalcémie

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)

Cancer-Related Hypercalcemia

Whitney Goldner, MD

University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE

Abstract

Hypercalcemia has been reported to occur in up to 30% of patients who have a malignancy. Hypercalcemia is most common in those who have later-stage malignancies and predicts a poor prognosis for those with it. The most common causes include humoral hypercalcemia of malignancy mediated by parathyroid hormone–related peptide, osteolytic cytokine production, and excess 1,25-dihydroxy vitamin D production. However, the etiology is not always mediated by malignancy. Hypercalcemia can occur in those with malignancy and an additional etiology for hypercalcemia such as primary hyperparathyroidism or granulomatous diseases. This paper reviews the cancers associated with hypercalcemia and their proposed mechanisms, nontumor-mediated hypercalcemia, as well as diagnosis and treatment strategies for each condition.

DOI: 10.1200/JOP.2016.011155

La fièvre chez les patients se présentant aux urgences d'un hôpital cancérologique : place de la neutropénie fébrile

Febrile neutropenia at the emergency department of a cancer hospital

C. Debey[1,2], A.-P. Meert[1], T. Berghmans[1], J.-M. Thomas[2] et J.-P. Sculier[1]

[1]Unité des Soins Intensifs médico-chirurgicaux et Urgences oncologiques & Oncologie Thoracique, Institut Jules Bordet, Centre des Tumeurs de l'ULB, [2]Département de Médecine générale, ULB

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 74-82

Lung Cancer 80 (2013) 203–208

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Lung Cancer

journal homepage: www.elsevier.com/locate/lungcan

The lung cancer patient at the emergency department: A three-year retrospective study

J. Gorham [a], L. Ameye [b], T. Berghmans [a], J.P. Sculier [a], A.P. Meert [a,*]

[a] Service des Soins Intensifs et Urgences Oncologiques and Oncologie Thoracique, Belgium
[b] Data Centre, Brussels, Belgium

Revue des Maladies Respiratoires (2016) 33, 759–765

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

ARTICLE ORIGINAL

Score inflammatoire de Glasgow et cancer bronchique : une aide pour hospitaliser aux urgences

The Glasgow inflammatory score and lung cancer: A predictor of admissions to emergency units

J. Gorham [a], L. Ameye [b], M. Paesmans [b],
T. Berghmans [a], J.P. Sculier [a], A.-P. Meert [a,*]