

Les urgences oncologiques

Gabrielle Gagnon
Hémato-oncologue

Journée scientifique en oncologie
Rimouski – 26 octobre 2007

Introduction

- Une urgence oncologique peut être définie comme une condition aiguë causée par le cancer ou son traitement et nécessitant une intervention urgente pour éviter des séquelles permanentes chez le patient ou son décès
- On peut classier ces urgences en 3 types
 - Urgences secondaires à la prise d'espace par la tumeur
 - Urgences secondaires à un trouble métabolique ou hormonal
 - Urgences secondaires au traitement de la tumeur

Introduction

- Les patients atteints de cancer doivent être traités comme les autres à la première approche, mais il est impératif de connaître rapidement
 - Type de tumeur et sa réponse au traitement
 - Pronostic
 - Désirs du patient et de sa famille

Plan

- Compression médullaire
 - Présentations cliniques
 - Étiologies
 - Investigation
 - Traitements
- Hypercalcémie
- Syndrome de lyse tumorale
- Questions

Compression médullaire

- Peut être la manifestation première du cancer chez le patient
- Peut être une des complications dans 5 à 10 % de tous les cancers
- Il faut la diagnostiquer avant que des dommages neurologiques surviennent

Présentation clinique

➤ Douleur

- Douleur dorsale qui survient en moyenne 7 semaines avant l'apparition de symptômes neurologiques.
- Douleur souvent nouvelle ou plus forte, qui augmente en position couchée, la nuit ou lors de manœuvres qui augmentent la pression sur le sac dural telles que la toux et l'éternuement.
- Avec le temps, la douleur peut présenter des caractéristiques radiculaires

Présentation clinique

➤ Atteinte motrice

- Si la lésion est au-dessus du conus médullaire, la faiblesse aura un tableau pyramidal (atteinte des fléchisseurs des membre inférieurs ou des extenseurs des membres supérieurs)
- Cutané plantaire positif et hyperréflexie sous la lésion

Présentation clinique

➤ Atteinte motrice

- Si la lésion est au-dessous du conus médullaire, il y aura faiblesse musculaire avec atteinte radiculaire plus fréquente
- Hyporéflexie sous la lésion

Présentation clinique

➤ Atteinte sensitive

- Paresthésie
- Niveau sensitif
- Syndrome de l'hermite
- Dysfonction des sphincters urinaire et fécal
- Ataxie

Étiologie

- Tumeurs métastatiques, dont les plus courantes
 - Prostate
 - Sein
 - Poumon

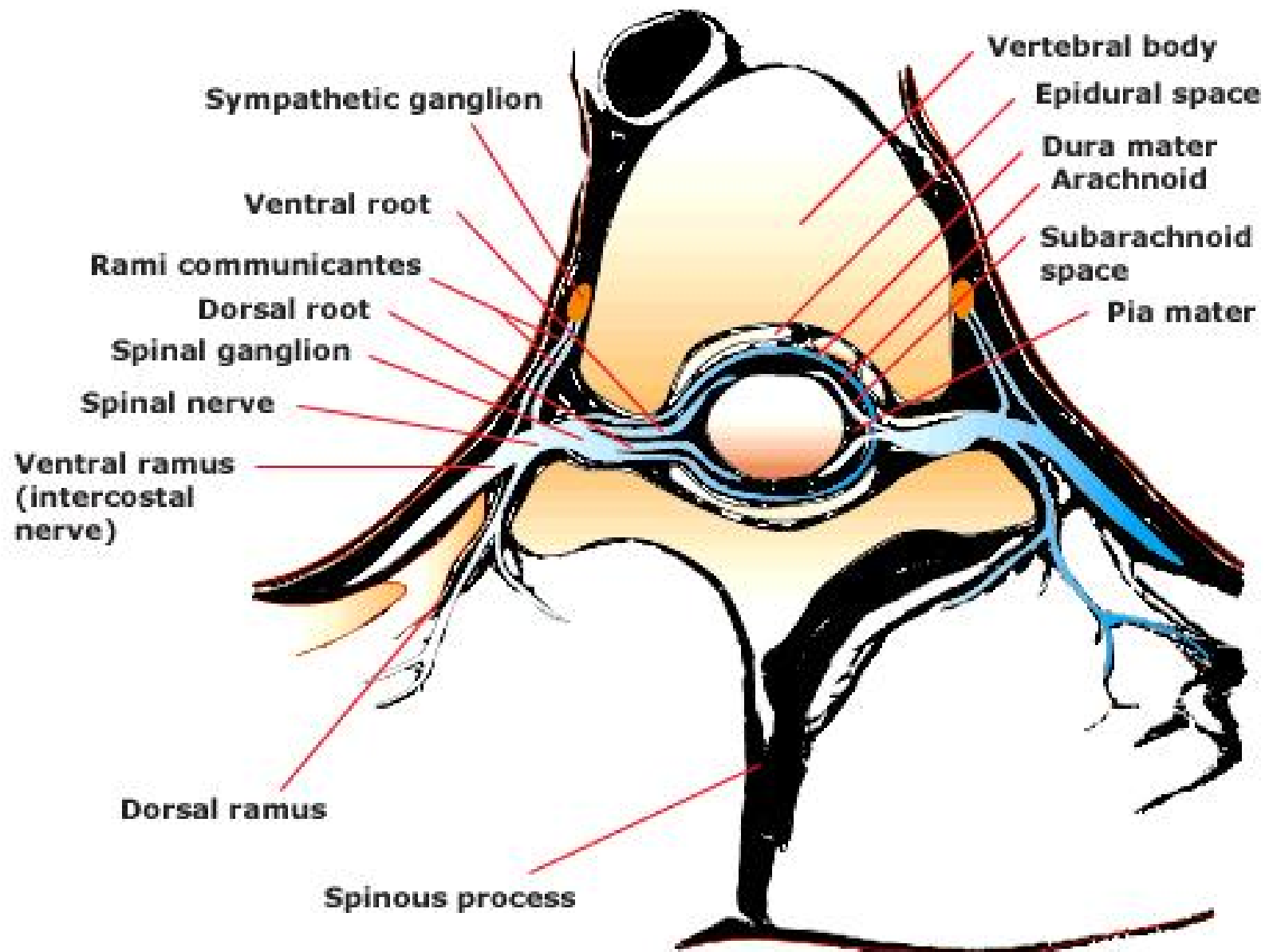
Pathophysiologie

- En général, métastases vertébrales viennent comprimer le sac épidural
- Mais aussi masse paraspinale gagnant l'espace épidural via foramen neural
- Rarement masse venant de l'espace épidural

Pathophysiologie

- Le corps vertébral est plus souvent atteint
- Un infarctus médullaire peut survenir par blocage du plexus veineux épidural

➤ Résorbtion



Investigation

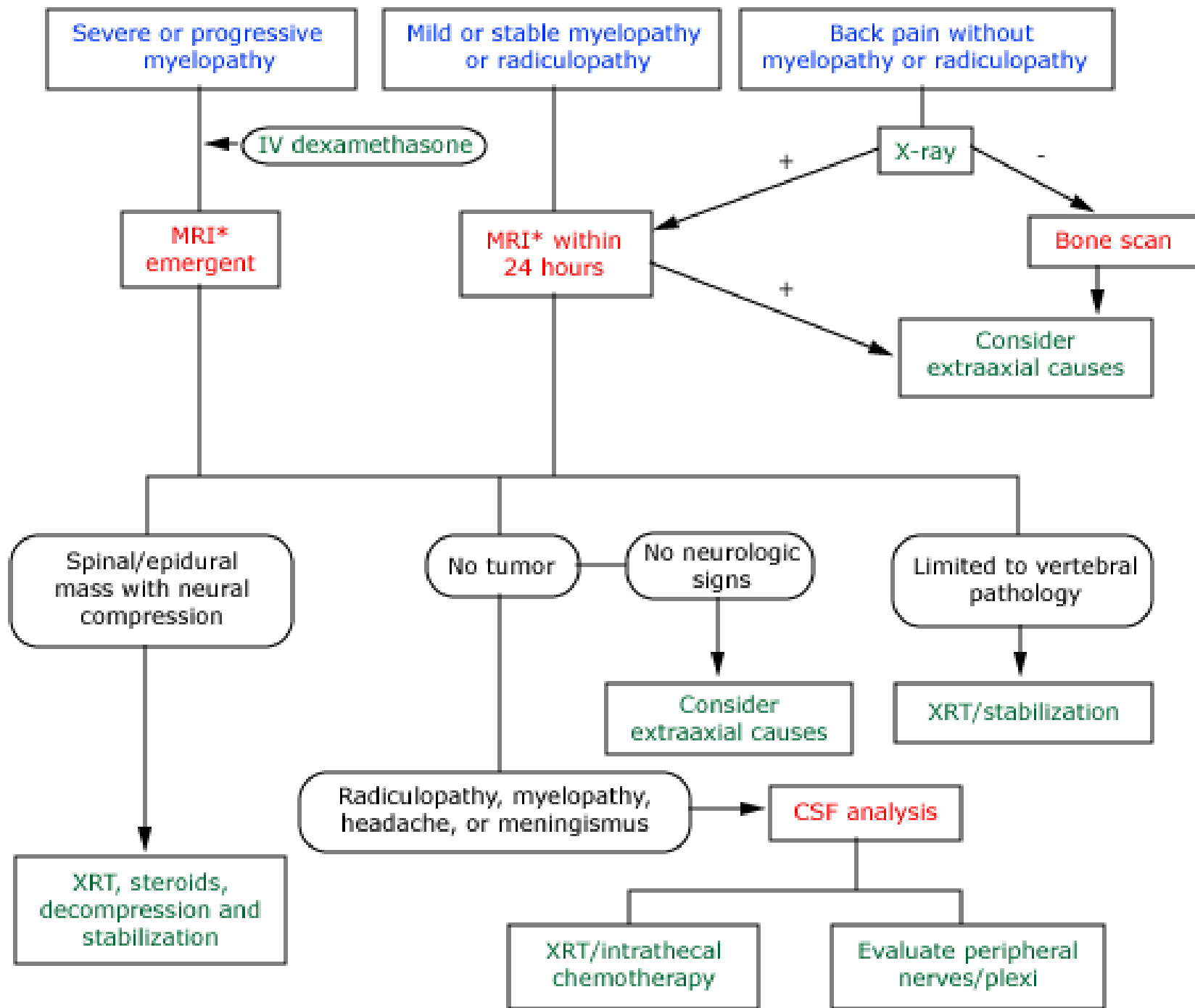
- Questionnaire et examen physique
- Imagerie
 - Le « gold » standard est la résonance magnétique
 - La radiographie simple permet de voir les métastases
 - La myélographie est le deuxième choix si l'IRM n'est pas disponible.

Diagnostic différentiel

- Atteinte leptoméningée
- Métastase intra-médullaire
- Myélopathie radique
- Abscès épidural
- Maladie musculosquelettique

Traitement

- Un traitement urgent est nécessaire pour prévenir des séquelles irréversibles
- Rôle des corticostéroïdes
 - Haute dose versus dose moyenne
- Chirurgie
 - Laminectomie
 - Résection radicale plus reconstruction
- Radiothérapie
- Chimiothérapie



Pronostic

- Survie médiane de 6 mois après le dx
- Meilleur pronostic chez patients ambulants
- Moins bon pronostic dans cancer du poumon

Hypercalcémie

- Présentation clinique
 - Symptômes gastro-intestinaux
 - Constipation
 - Anorexie
 - Douleurs abdominales vagues
 - Pancréatite

Hypercalcémie

- Dysfonction rénale
 - Néphrolithiases
 - Diabète insipide
 - Insuffisance rénale

Hypercalcémie

- Changements neuropsychiatriques
 - Anxiété
 - Dépression
 - Dysfonctions cognitives
 - Changement de personnalité
 - Psychose
 - Hallucination
 - Somnolence
 - Coma

Hypercalcémie

- Symptômes cardiaques
 - Diminution du QT
- Symptômes musculaires
 - Faiblesse musculaire

Hypercalcémie

- Survient chez 10 à 40 % des patients atteints de cancer
- Tumeurs les plus courantes
 - Sein
 - Poumon
 - Myélome multiple

Hypercalcémie

- Mécanismes menant à l'hypercalcémie
 - Métastases osseuses ostéolytiques
 - Sécrétion par la tumeur de PTHrP
 - Production par la tumeur de calcitriol

Hypercalcémie

➤ Métastases ostéolytiques

- Ostéolyse directe par la tumeur
 - Cancer du sein et cancer du poumon non à petites cellules
 - Relâche de cytokines activant la différenciation des précurseurs des ostéoclastes en ostéoclastes matures.
- Production de facteurs activant les ostéoclastes
 - Il-6, TNF, IL1-beta etc.

Hypercalcémie

➤ Production de PTHrP

- Cause la plus fréquente d'hypercalcémie chez patients avec cancer non métastatique
- Agit comme la PTH et augmente la résorption osseuse
- PTH sera basse
- Associée à un pronostic plus sombre

Hypercalcémie

- Production de calcitriol
 - Responsable de 100 % des cas d'hypercalcémie chez patients atteints de la maladie d'Hodgkin

Hypercalcémie

➤ Traitement

- 1 : augmenter l'excrétion urinaire de calcium
- 2 : inhiber la résorption osseuse
- 3 : diminuer l'absorption de calcium à l'intestin
- 4 : chélation du calcium
- 5 : dialyse

Hypercalcémie

- 1 : augmenter l'excrétion urinaire de calcium
 - Par hydratation avec normal salin
 - En général 200-300cc/hr puis ajusté pour maintenir diurèse de 100-150cc/hr
 - Administration d'un diurétique actif sur l'anse de Henle
 - Surtout utile chez patient avec insuffisance cardiaque ou un certain degré d'insuffisance rénale

Hypercalcémie

➤ 2 : inhiber la résorption osseuse

- Calcitonine

- Utilisation de 4 UI/Kg s/c vont réduire calcium de 0.3 à 0.5 mmol/L environ 4 à 6 heures après la première dose. Effet d'une durée maximale de 48 heures

Hypercalcémie

- Biphosphonates
 - Agissent en inhibant la relâche de calcium par l'os et en étant cytotoxiques pour les ostéoclastes
 - Agissent en 2 à 4 jours
 - Pamidronate : 60 à 90 mg en 2 à 4 heures. Effet dure de 3 à 4 semaines. La dose peut être répétée après 7 jours
 - Zoledronic acid (zometa). Plus puissant que le pamidronate et est administré en 15 minutes à une dose de 4 mg

Hypercalcémie

- 3 : diminution de l'absorption intestinale de calcium
 - Surtout utile si calcitriol en quantité augmentée
 - Dans ce cas, utilisation de corticostéroïdes à une dose de 20 à 40 mg/jr avec diminution du calcium en 2 à 5 jours
- 4 : chélation du calcium
 - N'est plus utilisée, mais consistait en l'administration d'EDTA IV.
- 5 : dialyse

Syndrome de lyse tumorale

- La présentation clinique est peu spécifique
 - Nausées, vomissements, fatigue, myalgies et urines foncées
 - Instabilité neuromusculaire, arythmies, convulsions, faiblesse musculaire et décès

Étiologie

- Surtout en relation avec tumeurs hématologiques
 - Lymphomes
 - Leucémies aiguës
- Tumeurs solides aussi décrites
 - Néo poumon à petites cellules
 - Néo ovaire
 - Néo sein

Étiologie

- Plus fréquent chez patients avec tumeurs
 - Répondant bien à la chimiothérapie
 - Ayant un « turnover » rapide

Investigation

➤ Avant le traitement

- Biochimie complète avec emphase sur LDH, acide urique et la créatinine

➤ Après le traitement

- LDH
- Acide urique
- Créatinine
- Calcium
- Phosphore
- Potassium

Traitement

- Surtout prévenir le syndrome chez tout patient à risque
 - Hydratation avant le traitement de chimiothérapie
 - Viser diurèse de 100cc/hr
 - Administration d'inhibiteur de la xanthine oxydase (allopurinol)
 - Rasburicase

Traitement

- Si syndrome s'installe
 - Continuer les mêmes soins
 - Alcalinisation des urines controversée
 - Dialyse



"If you're stumped, why not write an illegible prescription and hope the pharmacist comes up with something?"