

LES URGENCES EN CANCEROLOGIE

PLAN :

I. INTRODUCTION

II. LES URGENCES RESPIRATOIRES

2.1- *L'épanchement péricardique*

2.2- *Syndrome cave supérieure*

III. LES URGENCES NEUROLOGIQUES

3.1- *Hypertension Intracrânienne*

3.2- *Compression médullaire*

IV. LES URGENCES CHIRURGICALES

4.1- *Syndrome abdominal aigu*

V. LES URGENCES HEMATOLOGIQUES

5.1- *Aplasie médullaire*

VI. LES URGENCES UROLOGIQUES

6.1- *Compression pelvienne*

6.2- *Cystite hémorragique*

VII. LES URGENCES METABOLIQUES

7.1- *Hypercalcémie*

7.2- *Hyponatrémie*

VIII. Complications liées à la lyse tumorale

8.1- *Syndrome de lyse tumorale*

I. INTRODUCTION

On appelle urgence oncologique ou cancérologique un événement aigu, pouvant rapidement menacer la vie du malade, que cet événement soit en rapport direct ou indirect avec le cancer dont le patient est atteint ou éventuellement être en rapport avec ses traitements.

Toute la pathologie de l'urgence (médicale et chirurgicale) peut se rencontrer chez un malade atteint d'un cancer.

II. LES URGENCES RESPIRATOIRES

2.1-L'épanchement péricardique

L'épanchement péricardique tumoral constitue la cause la plus fréquente de tamponnade péricardique. Il s'agit pratiquement toujours de lésions métastatiques : poumon, sein, œsophage, lymphome, leucémie ou mélanome, ou encore mésothéliome secondaire.

L'accumulation de liquide provient de la réaction inflammatoire en rapport avec l'hémorragie localisée due à l'implant tumoral. Il est possible d'en faire le diagnostic avant l'apparition de signes cliniques par échocardiographie ou éventuellement radiographie pulmonaire.

Il existe peu de symptômes cliniques :

Dyspnée légère, douleur thoracique imprécise, toux, œdème des membres inférieurs.

L'examen clinique est celui d'une insuffisance cardiaque droite :

Distension jugulaire, douleur hépatique, et un élargissement de l'ombre cardiaque à la radiographie.

L'évolution peut être assez rapide et aboutir à une insuffisance cardiaque terminale. Le traitement d'urgence consiste dans la ponction péricardique. On doit le compléter par un traitement étiologique (quand il existe : par exemple, chimiothérapie), sinon la reproduction de l'épanchement est très rapide.

Dans le cas de tumeurs chimiosensibles, le traitement aboutit à une rémission dans plus de 70% des cas.

2.2-Syndrome cave supérieure

Le syndrome cave supérieur résulte d'un ralentissement ou d'un arrêt du flux veineux sur l'axe cave supérieur lié à une compression extrinsèque d'origine tumorale, et/ou un envahissement tumoral cave, et/ou une thrombose, en particulier sur cathéter.

Les signes cliniques en sont une dilatation des veines du cou et de la

partie supérieure du thorax, associée à un œdème de la face et parfois des bras, une congestion du visage et du cou (œdème en pèlerine), des douleurs thoraciques, un œdème conjonctival et une orthopnée. Il peut s'y associer des céphalées, troubles visuels et troubles de conscience ou syncopes.

Les cancers bronchiques, en particulier à petites cellules, représentent la majorité (70%) des étiologies. Le syndrome cave supérieur peut également se rencontrer dans les lymphomes, en particulier non hodgkiniens et les tumeurs germinales du médiastin.

La R(x) du thorax elle montre un élargissement du médiastin supérieur, parfois associé à une pleurésie. Une masse hilare, une cardiomégalie ou des infiltrats diffus bilatéraux sont parfois rencontrés..

En dehors du risque vital ; la certitude histologique est nécessaire (thoracotomie en urgence si les investigations sont négatives (fibroscopie bronchique, ponction biopsie guidée).

Quand le cancer est connu, le traitement peut être débuté d'emblée.

• **Sur le plan symptomatique** le traitement associe :

- Un repos au lit en position demi-assis,
- Une héparinothérapie,
- Une corticothérapie 1 à 2 mg/kg de Prédnisone ou son équivalent à visée décompressive est indiquée ; elle parfois une action cytotoxique directe (lymphome).
- Des diurétiques qui ont une action anti-œdémateuse et des corticoïdes à haute dose et une prévention du syndrome de lyse tumorale.
- Une thrombolyse peut être nécessaire en l'absence de contre-indication, s'il s'agit d'une thrombose (en particulier sur cathéter central).

• **Sur le plan spécifique**

- Quand la preuve histologique est disponible, il est débuté une chimiothérapie adaptée à l'étiologie les lymphomes, l'anaplasique à petites cellules et les tumeurs germinales parfois associée à une radiothérapie décompressive.
- La radiothérapie est en particulier indiquée en cas de cancer bronchique non à petites cellules ou en cas d'extension de la masse médiastinale à un organe de voisinage.
- Le fractionnement et la dose sont fonction de l'affection en cause et du degré de l'urgence.

III. LES URGENCES NEUROLOGIQUES

3.1-Hypertension Intracrânienne

- La survenue d'une hypertension intracrânienne chez un patient suivi pour cancer doit être reconnue et traitée le plus rapidement possible en raison d'un risque vital.

- **Les signes cliniques** les plus fréquents sont la survenue de céphalées, de vomissements, d'une somnolence, d'une confusion mentale, de crises comitiales, voir d'un coma.

- **La scanographie cérébrale**, à demander en urgence, permet de préciser la taille, le nombre et la localisation de la tumeur ou des métastases, l'importance de l'œdème péri tumoral, la taille des ventricules et le déplacement des structures intracrâniennes.

- La ponction lombaire est contre-indiquée.

Les cancers primitifs les plus fréquents sont les cancers du poumon, le cancer du sein, les métastases de cancers sans primitif connu et le cancer du rein.

- Si le cancer n'était pas connu et si l'atteinte du système nerveux central est isolée, une intervention neuro-chirurgicale peut être indiquée, par exemple pour exérèse d'une métastase cérébrale unique ou d'un Glioblastome ou dérivation du LCR en cas d'hydrocéphalie sur obstacle tumoral.

- L'hypertension intracrânienne nécessite une corticothérapie d'urgence, qui sera efficace si la composante œdémateuse est importante.

- Un traitement anti comitial est indiqué.

Le Mannitol par voie intra-veineuse associé à une restriction hydrique et des diurétiques peuvent être utilisés en cas d'hypertension intracrânienne menaçante.

On fera :

- **FO** = œdème papillaire (La PL est contre indiquée)

- **TDM** = visualise la taille et le siège de la tumeur, l'importance de l'œdème péri tumoral, la taille des ventricules et le déplacement des structures intracrâniennes.

• Sur le plan curatif

Si le cancer est connu l'intervention neurochirurgicale est indiquée en cas de métastase unique. Dans tout les cas, une radiothérapie doit être faite rapidement.

3.2-Compression médullaire

C'est une urgence absolue, même devant une symptomatologie progressive.

Il s'agit d'une des complications les plus gravissimes. Elle n'est pas reconnue, car susceptible d'entraîner une paraplégie ou tétraplégie accompagnée de troubles sensitifs sphinctériens.

Les signes d'alerte sont des douleurs vertébrales parfois accompagnées d'une irradiation en ceinture très évocatrice (syndrome lésionnel).

Sur un fond de douleur sourde se greffent des douleurs paroxystiques déclenchées par la toux ou l'éternuement. Il peut s'y associer une sensation de faiblesse des membres inférieurs avec des difficultés à la marche ou un steppage, des troubles sensitifs (parfois de simples paresthésies) ou des anomalies sphinctériennes (syndrome sous-lésionnel).

Ces anomalies doivent faire évoquer une compression du sac dural et de son contenu (moelle épinière ou queue de cheval) par une masse extradurale.

- Les cancers ostéophiles (prostate, rein, poumon, sein) sont les plus susceptibles d'entraîner une compression médullaire. Les compressions médullaires sont également possibles chez les patients atteints de myélome, lymphome, mélanome et sarcome.
- Le diagnostic doit être aussi rapide que possible, car la récupération est d'autant plus probable que les signes neurologiques sont mineurs

Le siège est le plus souvent dorsal 70% des cas ; s'il se situe au niveau de L1 et L2, elle crée un syndrome de la queue de cheval.

Devant ces symptômes on doit réaliser des clichés standards puis d'une IRM (ou scanographie) vertébrale en urgence.

Si le cancer responsable n'est pas connu ; il faut opérer pour avoir le diagnostic étiologique en cas de CM isolés.

Quand le cancer est connu les indications thérapeutiques sont fonction des causes du cancer On fera une **laminectomie** sur plusieurs étages qui sera suivi d'une **radiothérapie** qui délivre une dose de **45 Gray**.

Les hautes doses de corticoïdes (Dexaméthasone 100 mg/j) sont indiquées.

Les antalgiques, l'immobilisation et le repos strict au lit sont toujours nécessaires.

IV. LES URGENCES CHIRURGICALES

4.1-Syndrome abdominal aigu

La survenue d'un SAA au cours de l'évolution d'un cancer est connu est en général liés à une récurrence tumorale ou à une conséquence du traitement.

Le traitement symptomatique comporte : une **aspiration digestive, rééquilibrage hydro électrolytique** et **traitement antalgique** n'ayant pas d'influence sur le transit.

Le diagnostic étiologique repose sur la clinique, le cancer en cause, type de traitement en cours, caractère de l'occlusion, l'examen physique.

On fera une radiographie (ASP) qui déterminera le type de l'occlusion (organique ou fonctionnelle) et le siège haut ou bas en cas d'occlusion organique.

Après

- **Une occlusion fonctionnelle**

Peut-être secondaire à une chimiothérapie neurotoxique sur l'ASP elle se traduit par une distension gazeuse diffuse (grêle et colique) avec souvent de l'air au niveau du rectum. Les produits responsables sont les poisons du fuseau : Vincristine (Oncovin®), Vinblastine (Velbe®) ou Vindésine (Eldesine ®).

Dans ce cas seul le traitement médical est indiqué jusqu'à reprise du transit (péristaltine ou prostigmine).

Une intoxication aux antalgiques majeurs peut donner le même tableau.

- **En cas d'occlusion mécanique**

Il faut surtout préciser l'étiologie de l'obstacle, souvent une récurrence tumorale d'un cancer de l'ovaire, côlon, rectum, estomac pancréas. Quand la récurrence est prouvée l'intervention chirurgicale est toujours indiquée.

V. LES URGENCES HEMATOLOGIQUES

5.1-Aplisie Médullaire

Le risque d'aplasie médullaire constitue un des obstacles majeurs des traitements anti-cancéreux. Elle peut survenir entre les 7 et 10^{ème} jours après la cure de chimiothérapie, et durer de 2 à 15 jours, voire plus si elle est associée à une irradiation ou dans le cas d'un envahissement médullaire métastatique.

L'apparition d'une fièvre quelques jours après une cure de chimiothérapie doit faire suspecter immédiatement une aplasie médullaire et faire pratiquer une numération sanguine.

Le risque d'infection ne survient pas avant que la neutropénie ne soit au-dessous de 1000 polynucléaires par mm³, mais devient important au-dessous de 500 polynucléaires par mm³, voire majeur ou quasi constant au-dessous de 100 polynucléaires par mm³

- Dans ce cas :

- Hospitalisation en urgence
- Bilan en urgence : Trois hémocultures, ECBU, Coproculture, Prélèvement de gorge
- Une radiographie du thorax

Les germes responsables **CG+** et **BG-**, à point de départ ORL et digestif.

- Antibiothérapie par voie parentérale doit être instituée en urgence.
Association d'une céphalosporine de troisième génération à large spectre et d'un aminoside.
- Isolement du malade en chambre individuelle désinfectée
- Utilisation de gants, de bavettes et de casaques par le personnel soignant
- Surveillance de la TA, T, POULS, La diurèse toutes les 4 heures.

En l'absence de complications infectieuses, la surveillance d'une thrombopénie sévère est rare, le risque hémorragique est important si le chiffre est < à 30 000 /litre.

On fait en plus un FO tous les jours à la recherche d'une hémorragie rétinienne qui constitue une indication formelle de transfusion de plaquettes.

Principales urgences hématologiques (éléments diagnostiques, étiologies, traitement).

<i>Diagnostic</i>	<i>Éléments diagnostique</i>	<i>Etiologies</i>	<i>Traitements</i>
<i>Neutropénie fébrile</i>	Fièvre Autres signes éventuels de toxicité thérapeutique (Mucite, insuffisance rénale) NFS Myélogramme si besoin	Chimiothérapie +++ Radiothérapie +	Antibiothérapie à large spectre Bains de bouche Transfusion
<i>Hémorragie par thrombopénie centrale</i>	Signes hémorragiques : purpura pétéchial, autres signes hémorragiques NFS, myélogramme FO/ Recherche d'hémorragie rétinienne	Chimiothérapie +++ Radiothérapie +	Transfusion de plaquettes, si taux inférieur à 20000/mm, si hémorragie au FO

VI. LES URGENCES UROLOGIQUES

6.1- Compression pelvienne

Les cancers à points de départ pelvien peuvent entraîner une compression des voies urinaires, les signes révélateurs : la disparition de la diurèse est le symptôme majeur.

En l'absence de traitement, une asthénie bientôt majeure puis un coma vont s'installer

Le diagnostic repose sur l'examen (Touchers pelviens et examen gynécologiques), et les examens para cliniques.

L'échographie pelvienne et rénale montre le point de départ de la compression et le retentissement sur les reins. On a :

- Le cancer de la prostate qui peut être révélé par un tableau de retentions vésicale complète.
- Le cancer du col de l'utérus parfois révélé par une insuffisance rénale liée à une obstruction urétérale avec hydronéphrose progressive.
- Les récurrences pelviennes des cancers déjà traités sont souvent au-delà de toutes ressources thérapeutiques à visée curative.

6.2- Cystite hémorragique

Un tableau de cystite ou une hématurie peuvent compliquer une chimiothérapie comportant de la Cyclophosphamide (Endoxan®) ou de l'Ifosfamide (HoloXan®), surtout à doses fortes.

Le délai d'apparition varie de quelques jours à quelques semaines, son évolution est le plus souvent favorable après traitement symptomatique (antalgique, transfusion, diurèse abondante, voir lavage de la vessie. Actuellement on utilise des protecteurs de la muqueuse vésicale (Mesna®).

VII. LES URGENCES METABOLIQUES

7.1-Hypercalcémie

L'hypercalcémie se manifeste habituellement par une constipation, des nausées et vomissements, une léthargie associée à une faiblesse musculaire avec parfois des troubles confusionnels, une obnubilation, voir un coma. Il s'y associe habituellement une anorexie, une polydipsie, une polyurie et une déshydratation extra-cellulaire. L'existence d'une insuffisance rénale associée constitue un signe de gravité.

Le diagnostic peut être évoqué à l'électrocardiogramme sur le raccourcissement de l'intervalle QT par diminution et disparition du segment ST et un léger allongement de l'intervalle PR.

Une calcémie supérieure à 105mg/L (2,75mmol/L) définit l'hypercalcémie.

L'existence de troubles neuropsychiques, d'une insuffisance rénale, d'une déshydratation ou d'une hypercalcémie supérieure à 120mg/L nécessite une hospitalisation.

Alors qu'une hypercalcémie asymptomatique, associée à une hypophosphorémie doit faire évoquer une hyper-parathyroïdie,

Une hypercalcémie symptomatique associée à un amaigrissement doit faire évoquer une hypercalcémie révélatrice d'un cancer.

Les cancers les plus fréquemment responsables d'une hypercalcémie sont le myélome et les métastases osseuses d'un cancer du sein.

L'hypercalcémie résulte alors d'une lyse osseuse. Un autre mécanisme responsable d'une hypercalcémie (paranéoplasique) est la sécrétion par la tumeur d'une hormone PTH-like. C'est le cas en particulier au cours de l'évolution des cancers bronchiques.

Le traitement d'urgence débute par une hyper-hydratation en sérum salé isotonique et des bisphosphonates,

- hyperhydratation par des solutés riche en sel
- Hyper diurèse compensée d'au minimum 4l/24h poussée par furosémide (Lasilix)
- Hémodialyse en cas d'anurie
- pamidronate par voie intra-veineuse en particulier.
- Les corticoïdes et les diurétiques peuvent constituer un traitement d'appoint.

Traitement spécifique qui fait appel à la chimiothérapie et à la radiothérapie.

7.2 - Hyponatrémie

Les malades cancéreux présentent souvent une hyponatrémie dont la physiopathologie n'est pas toujours très claire. Il s'agit, dans la majorité des cas, d'une découverte fortuite sur un ionogramme. Cependant, cette hyponatrémie augmente la fatigue des patients, et peut se compliquer d'une somnolence voire de convulsions.

Il convient de distinguer cette hyponatrémie pré-terminale d'une sécrétion inappropriée d'ADH, résultant soit d'un véritable syndrome paranéoplasique (comme dans les cancers broncho-pulmonaires). L'hyponatrémie se traduit par des troubles neurologiques et une excrétion exagérée d'eau par le rein (osmolalité urinaire trop élevée).

La restriction hydrique, mais surtout le traitement du cancer s'il est possible, peut améliorer la situation clinique.

Une autre cause fréquente d'hyponatrémie chez le patient cancéreux est la présence d'œdèmes aboutissant à un syndrome de dilution. Un tel tableau clinique peut s'observer aussi en cas d'ascite ou d'épanchement pleural important. Si les traitements symptomatiques (ponction, diurétiques) peuvent parfois être utiles, seuls les traitements étiologiques de l'œdème, de l'ascite ou de l'épanchement peuvent permettre une correction durable de l'hyponatrémie.

Un tableau équivalent peut survenir après une chimiothérapie par la vincristine (Oncovin®) et des fois quarante-huit heures après l'administration de l'Endoxan® à forte dose.

Les Principales Urgences Métaboliques (Signes Cliniques, Examens Complémentaires, Etiologies).

Diagnostic	Signes Cliniques	Eléments Diagnostiques	Etiologies les Plus Fréquentes
Hypercalcémie	Nausées, vomissements, tachycardie, constipation, asthénie, anorexie, polyurie, polydipsie, confusion, obnubilation, voir coma	- Dosage de la calcémie - Fonction rénale - Radiographie osseuse - scintigraphie	Tumeur solide avec métastases osseuses : Poumon, sein rein, prostate, Orl, thyroïde Hémopathie avec ou sans localisations osseuses : myélome, lymphome, leucémie
Hypo natrémie	Somnolence, confusion, obnubilation, convulsions, voire coma	Dosage de la natrémie Absence de traitement diurétique	APC Tumeurs carcinoïdes

Les Mesures thérapeutiques des urgences métaboliques

Diagnostic	Traitement Symptomatique	Traitements à visé Curatifs
Hypercalcémie	- Réhydratation puis hyper diurèse compensée - Hémodialyse si besoin Corticothérapie - Biphosphanates per os	Métastases osseuses multiples : chimiothérapie Métastase unique ou peu nombreuses : radiothérapie et/ou chimiothérapie Absence de métastases osseuses : chimiothérapie
Hyponatrémie	Restriction hydrique solutés hypertoniques et diurétique	Anaplasique bronchique : chimiothérapie Carcinoïde : chirurgie si possible puis chimiothérapie

VIII- COMPLICATIONS LIEES A LA LYSE TUMORALE

8.1- *Syndrome de lyse tumorale*

On appelle ainsi le **relargage rapide** dans le sang de produits intracellulaires à la suite de la mort d'une grande quantité de cellules cancéreuses en rapport avec l'efficacité du traitement.

Ce syndrome s'observe dans les cancers ayant une croissance tumorale rapide avec un turn-over cellulaire important, une importante charge tumorale et une grande sensibilité à la thérapeutique (essentiellement la chimiothérapie) : leucémies, lymphomes de haut grade, cancer à petites cellules du poumon, myélomes, etc.

L'acide urique est le produit de dégradation finale des acides nucléiques puriniques dans l'urine. Les cristaux provoquent une néphropathie par obstruction et secondairement une insuffisance rénale. En cas de nécrose cellulaire massive, on peut également observer une hyperkaliémie, une hyperphosphatémie avec hypocalcémie ce qui fait craindre une arythmie cardiaque et la mort subite.

Le syndrome urologique apparaît en général deux jours après le traitement cytotoxique.

Le traitement comprend une hydratation importante, mais surtout une prévention par l'administration systématique prophylactique d'allopurinol, quelques jours avant le début du traitement antimitotique. Ce médicament bloque la xanthine oxydase et inhibe la formation d'acide urique. On doit aussi alcaliniser les urines et obtenir une diurèse importante avant la chimiothérapie (trois litres quotidiens minimum).