

Urgences oncologiques prise 2

Gabrielle Gagnon
Hémato-oncologue
24 octobre 2008

Post-test de l'année dernière

- Question # 1

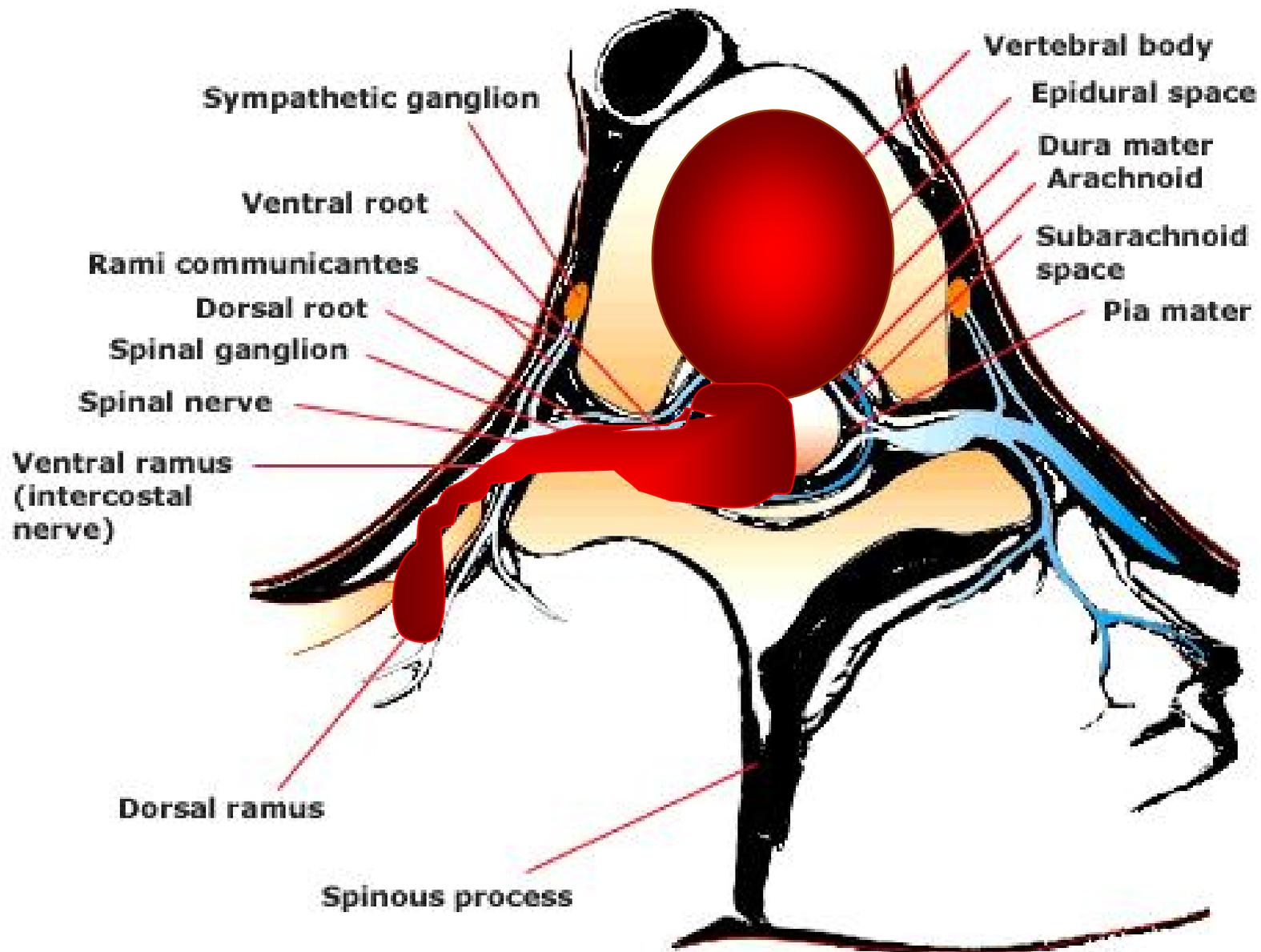
- Une patiente souffrant d'un myélome multiple nouvellement diagnostiqué se présente vendredi PM pour des douleurs dorsales. Elle a eu dernièrement une injection dans une vertèbre. L'IRM du mois d'août était normale sauf pour un envahissement de la racine D8-D9. Elle est sous traitement de radiothérapie sur sa vertèbre D8. Elle vous confie que la douleur est tellement forte qu'elle n'en dort plus. Comme analgésique elle a pris des AINS et un statex en 3 jours. L'examen neuro est normal.

Post-test

- Quelle est votre conduite ?
 - A) Ajustement des analgésiques
 - B) Radiographie simple
 - C) IRM ou myélographie
 - D) TACO

Post-test

- Douleur de la compression médullaire
 - 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.



Pré-test

- M. Noel souffre d'un myélome multiple et est sous Thalidomide depuis 3 mois. Il se présente pour une toux avec difficultés respiratoires depuis 1 semaine. Pas de température. Il se sent plus moche et a noté que son pied gauche est plus froid. Il avait d'ailleurs consulté une semaine auparavant pour des douleurs vagues à ce même pied.

Pré-test

- Que faut-il craindre?
 - A) Pneumonie acquise en communauté
 - B) Embolie pulmonaire
 - C) IVRS accompagné d'une fascite plantaire
 - D) Pneumonie à pneumocistis

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 classifier 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 :
 - Le type de tumeur et sa réponse au traitement
 - Le pronostic
 - Les désirs du patient et de sa famille

Plan

- Le syndrome de la veine cave supérieure
 - Symptômes, causes et traitements
- Le syndrome d'hyperviscosité
 - Symptômes, causes et traitements
- Les réactions infusionnelles
 - Médicaments les plus courants
 - Mécanismes
 - Traitements
- Pot-pourri de nouvelles molécules

Syndrome de la veine cave supérieure

- Résulte de l'obstruction partielle ou complète du flot sanguin entre la veine cave supérieure et l'oreillette droite
- Obstruction du flot par
 - Compression
 - Invasion
 - Thrombose
 - Fibrose



Syndrome de la veine cave supérieure

- Les tumeurs malignes sont responsable de plus de 90 % des cas
 - Cancer du poumon (85 % des cas)
 - Lymphomes
 - Tumeurs métastatiques
- Dans les autres causes figurent les tumeurs thyroïdiennes, thymomes et de plus en plus l'utilisation de KT centraux chez patients avec cancer

Signes et symptômes

- Varient en fonction de la vitesse de l'obstruction
 - Si rapide cela est une véritable urgence, car l'obstruction du flot amènera un oedème cérébral.
 - En général, se fait sur des semaines ce qui permet des mécanismes de compensation.

Signes et symptômes

■ Symptômes

- Dyspnée
- Toux
- Syncope
- Céphalées
- Congestion nasale
- Épistaxis

■ Signes

- Oedème facial
- Distension des veines du cou et sur le thorax
- Proptose
- Oedème des bras

Investigation

- Le diagnostic est clinique
- La meilleure imagerie est le CT-Scan. Permet de voir l'obstruction et la cause. Permet aussi une biopsie quand cela est possible.



Traitement

- Comme 50 % des patients qui se présentent avec le syndrome de la veine cave supérieure n'ont pas de diagnostic pathologique :

il est impératif d'avoir une
biopsie et de connaître
l'étiologie avant de traiter.

Traitement

- Mesures initiales
 - Oxygène
 - Diurétiques
 - Élévation de la tête
 - Corticostéroïdes (seulement si vous avez une biopsie, car un lymphome disparaîtra avec ce traitement.)

Traitement

- Le seul bon traitement est celui de la maladie sous-jacente.
- La chimiothérapie sera privilégiée pour les lymphomes et les cancers du poumon à petites cellules, alors que la radiothérapie sera utile pour les néoplasies non chimio-sensibles.
- Il existe également des stents qui peuvent être posés chez ceux qui ne répondent pas aux traitements initiaux.

Syndrome d'hyperviscosité

- Définition

- Augmentation de la viscosité du sang par des protéines ou par des cellules amenant un tableau clinique particulier caractérisé par :

- Symptômes neurologiques
- Atteintes visuelles
- Saignements des muqueuses

Syndrome d'hyperviscosité

- Présentation clinique
 - Symptômes neurologiques
 - Céphalées
 - Syncope
 - Convulsions
 - Changement de comportement
 - Ataxie
 - Atteinte auditive
 - Coma

Syndrome d'hyperviscosité

- Présentation clinique
 - Atteintes visuelles
 - Diplopie
 - Diminution de l'acuité visuelle
 - Amputation de champ visuel

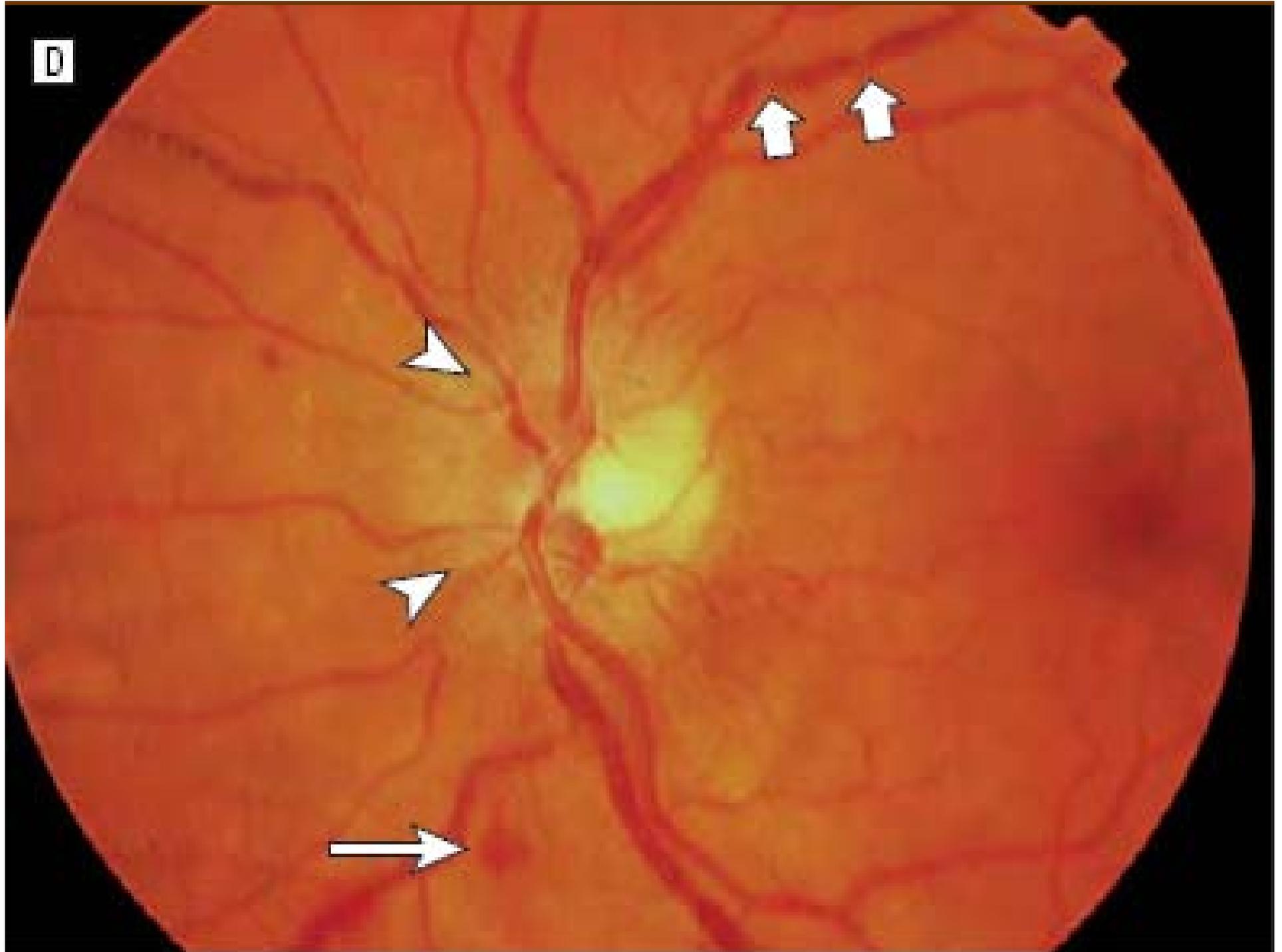
Syndrome d'hyperviscosité

- Présentation clinique
 - Saignements des muqueuses
 - Épistaxis
 - Saignement gingival
 - Saignement gastro-intestinal
 - Saignement vaginal
 - Autres atteintes telles que
 - Insuffisance cardiaque
 - Oedème pulmonaire
 - Insuffisance rénale

Syndrome d'hyperviscosité

- Présentation clinique : signes à rechercher
 - Examen neurologique complet
 - Recherche de saignement
 - Attention particulière au fond d'œil
 - Hémorragies rétiniennes
 - Veines en saucisses
 - Oedème de la papille

D



Syndrome d'hyperviscosité

- Tests aidant au diagnostic
 - FSC
 - Leucocytose dans les cas de leucémie aiguë (en général LMA)
 - Anémie (par dilution)
 - Biochimie
 - Pseudohyponatrémie
 - Hypercalcémie (surtout myélome multiple)
 - Augmentation des protéines totales
 - Augmentation des immunoglobulines
 - Augmentation de la viscosité du sang

Syndrome d'hyperviscosité

- Traitement immédiat
 - Plasmaphérèse ou leucophérèse afin de diminuer la viscosité sanguine
 - Traitement de la maladie sous jacente
 - LMA
 - Myélome multiple
 - Waldenström

Les réactions infusionnelles

- Réaction lors de l'infusion de médicaments utilisés en oncologie
 - 2 types principaux
 - Réaction allergique de type 1
 - Relâche de cytokines

Réaction allergique de type 1

- Ces réactions ont toutes les caractéristiques cliniques des réaction allergiques de type 1, mais n'ont pas toutes la même pathophysiologie.
 - Présentation clinique :
 - Contraction rapide des muscles lisses et dilatation capillaires :
 - Urticaire
 - Rash
 - Angioedemme
 - Bronchospasme
 - Hypotension artérielle

Réaction allergique de type 1

■ Pathophysiologie

■ Classique :

- Relâche médiée par les IgE d'histamine, de leukotriène et de prostaglandines par les mastocytes et les basophiles.

- Réaction au carboplatin et à l'oxaliplatin

■ Alterne :

- Relâche par les mastocytes et basophiles des mêmes substances, mais non médiée par les IgE.

- Taxanes (Taxol et Taxotere)

Réaction allergique de type 1

- Pathophysiologie
 - Relâche de cytokines :
 - Vues avec anticorps monoclonaux
 - Rituximab
 - Cetuximab
 - Trastuzumab

Incidence et moment de la réaction

- Dans la littérature, incidence assez basse pour les réactions sévères et semblables pour toutes les molécules (1 à 3 %)
- Pour toutes les réactions
 - Environ 15 % pour Carboplatin et Oxaliplatin après plusieurs cycles de chimio
 - 8 à 45 % pour Taxol et 5 à 20 % pour Taxotere et surviennent lors du premier ou du deuxième traitement habituellement
 - 40 % pour Herceptin et 70 % pour Rituxan lors de la première infusion.

Y-a-t-il une population plus à risque?

- Les patients avec une histoire d'allergie médicamenteuse seraient plus à risque de développer des réactions aux platines.
- Pour le Rituxan un volume tumoral élevé.

Prévention

- Prophylaxie avec antihistaminiques, corticostéroïdes et acétaminophènes.
- Monitoring lors de l'infusion.
- Chariot de code à proximité
 - Épinephrine
 - Hydrocortisone
 - Ventolin
 - Benadryl

Comment traiter une réaction

- Premièrement, savoir la reconnaître
 - Formation du personnel infirmier indispensable
- Deuxièmement, cesser l'infusion de Rx
 - Thérapie de support : oxygène avec venti-masque, décubitus dorsal ou position assise
- Troisièmement, évaluer la sévérité de la réaction

Comment traiter une réaction

- Selon la sévérité de la réaction
 - Si majeure, traiter comme un choc anaphylactique (les platines seront cessées à jamais)
 - Si moins graves
 - Pour les taxanes : salin pour hypotension légère, corticostéroïdes et anti-histaminiques, attendre que la réaction se résolve et repartir la perfusion à plus bas débit.
 - Pour le Rituxan : traitement symptomatique et attendre que la réaction se résolve. Repartir la perfusion à 50 % du dernier débit.

Nouvelles molécules

- Thalidomide
 - Utilisé surtout chez patients atteint de myélome multiple avec ou sans combinaison avec Decadron et autre chimio
 - Mécanisme d'action pas complètement élucidé, mais rôle anti-angiogénique certain

Nouvelles molécules

- Thalidomide
 - Effets secondaires
 - Constipation
 - Somnolence, asthénie
 - Oedème
 - Neuropathie périphérique
 - Thrombose surtout veineuse, mais aussi artérielle

Nouvelles molécules

- Thalidomide et thrombose
 - Survient rarement chez patient juste sur Thalidomide
 - Lorsque combiné au Decadron, la fréquence augmente et le taux de thrombose peut atteindre 80 % si combiné au Caelyx.

Nouvelles molécules

- Thalidomide et thrombose
 - 2 stratégies sont utilisées pour diminuer le risque de thrombose
 - ASA 325 mg chez patient peu à risque de thromboser de base
 - Fragmin 5000 unités s/c die

Nouvelles molécules

- Nexavar
 - Molécule utilisée pour traiter hypernéphrome métastatique et hépatome
 - Principaux effets secondaires
 - Diarrhée
 - Fatigue
 - Paresthésie
 - Pancytopénie
 - Syndrome mains-pieds

Nouvelles molécules

- Nexavar
 - Syndrome mains-pieds
 - Érythème palmo-plantaire pouvant aller jusqu'à la desquamation complète après une phase de nécrose humide.

Nouvelles molécules

