



*URGENCES
ONCOLOGIQUES*



Jeudis d'Unisanté – 21.03.2024

Dre Ilianna Galli-Vareia

CHEFFE DE CLINIQUE ONM CHUV

Epidémiologie

- En Suisse, en 2020:
 - ~ 47.000 nouveaux cas
 - ~ 17.000 décès
 - 2^{ème} cause de décès (après maladies CV)

- En 2022:
 - 1/2 décès par Ca ou CV (23.1% Vs 27.5%)

Prédiction

- Mondialement, d'ici 2050¹:
→ +77% de nouveaux cas de Ca
- En Suisse, d'ici 2025²:
→ +15% de nouveaux cas de Ca (+ 18% ♂, + 11% ♀)

***Problème mondial
Intéresse toute la communauté
médicale***

1. *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services (who.int)*
2. Trächsel B et al . Predicting the burden of cancer in Switzerland up to 2025. PLOS Glob Public Health. 2022 Oct 14;2(10):e0001112. doi: 10.1371/journal.pgph.0001112. PMID: 36962605; PMCID: PMC10021406.

Urgences Oncologiques

Métaboliques

Syndrome de lyse tumorale

Hypercalcémie liée à la malignité

SIADH

Hématologiques

Neutropénie fébrile (NF)

Syndrome d'hyperviscosité

Mécaniques

Syndrome de veine cave supérieure

Compression médullaire aiguë

Epanchement péricardique malin

En lien avec le traitement

Troubles GI

Extravasation

Immuno-induites

Vignette Clinique No1

- M.A.B, 65 ans, Ca neuro-endocrine à petites cellules pulmonaire multi-métastatique (foie, os, péritonéum, adénopathies méta multiples)
- C1 carboplatine/etoposide il y a 5 jours
- Problème actuel: Grande **fatigue**, **nausées** et **vomissements**, **douleurs abdominales**, **hématurie**, **dysurie**
- Examen clinique: **Arythmie cardiaque**, distension abdominale
- Labo: **Troubles électrolytiques** et **IRA** (K^+ ↑, Ca^{+2} ↓, Créatinine↑↑, Acide urique↑)
- ECG: Ondes T pointues, rythme irrégulièrement irrégulier

Diagnostic Différentiel

- Etat grippal avec déshydratation
- Nausées et vomissements liés à la chimiothérapie avec déshydratation
- Toxicité rénale sur chimiothérapie
- Syndrome de lyse tumorale

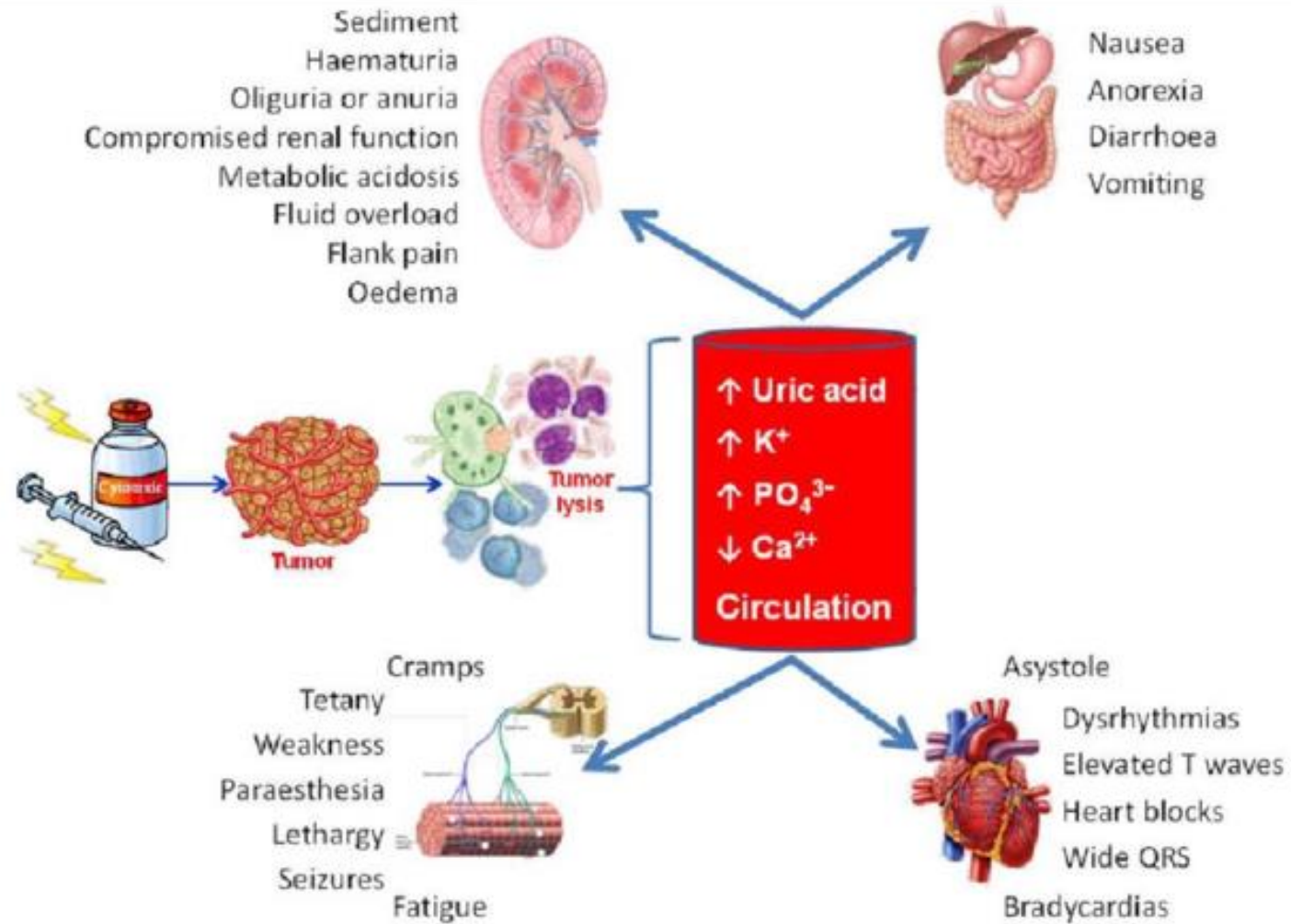
Syndrome de lyse tumorale

- Définition ^{1,2}: L'ensemble des symptômes causés par la destruction rapide des cellules malignes qui libèrent leur contenu dans la circulation périphérique
 - Cancers hématologiques >>> Tumeurs solides
 - Facteurs favorisants ¹:
 - Charge tumorale +++
 - Renouveau tumoral ↑
 - Sensibilité tumorale aux cytotoxiques
 - Insuffisance rénale préexistante
- CAVE: Peut aussi être spontané si facteurs favorisants +++

Mortalité à 21% ²

1. Dre Wiramus S. Syndrome de lyse tumorale, DESC Réanimation Médicale, Nice, Juin 2007
2. Grewal K et al. Syndrome de lyse tumorale. CMAJ. 2023 Jul 24;195(28):E969-E970. French. doi: 10.1503/cmaj.221433-f. PMID: 37487612; PMCID: PMC10365857.

Tableau clinico-biologique



Based on information from Tazi, I., Nafil, H., Elhoudzi, J., Mahmal, L., & Harif, M. (2011). Management of pediatric tumour lysis syndrome. Arab Journal of Nephrology and Transplantation, 4(3), 147-154

Critères de diagnostic

Cairo-Bishop Definitions for Tumor Lysis Syndrome

≥ 2 of the following in one 24-hour period within 3 days before or 7 days after the initiation of chemotherapy

Calcium ≤ 7.0 mg per dL (1.75 mmol per L) or 25% decrease from baseline

Phosphorus ≥ 4.5 mg per dL (1.45 mmol per L) in adults, 6.5 mg per dL (2.10 mmol per L) in children, or 25% increase from baseline

Potassium ≥ 6.0 mEq per L (6.0 mmol per L) or 25% increase from baseline

Uric acid ≥ 8.0 mg per dL (476 μmol per L) or 25% increase from baseline

Clinical tumor lysis syndrome is laboratory criteria from above plus ≥ 1 of the following

Cardiac arrhythmia or sudden death

Creatinine ≥ 1.5 times the upper limit of normal for age

Seizure

Prise en charge

- Admission **URGENTE** à l'Hôpital avec PEC par Médecine Interne et/ou Néphrologie
 - Hyperhydratation (débit urinaire $>100\text{ml}/\text{m}^2/\text{heure}$)
 - Rasburicase, Allopurinol (catalytes de l'oxydation de l'acide urique)
 - Chélateurs du phosphate (p. ex. hydroxyde d'aluminium) pour hyperphosphatémie
 - Traitement habituel de l'hyperkaliémie
 - Hémodialyse parfois nécessaire

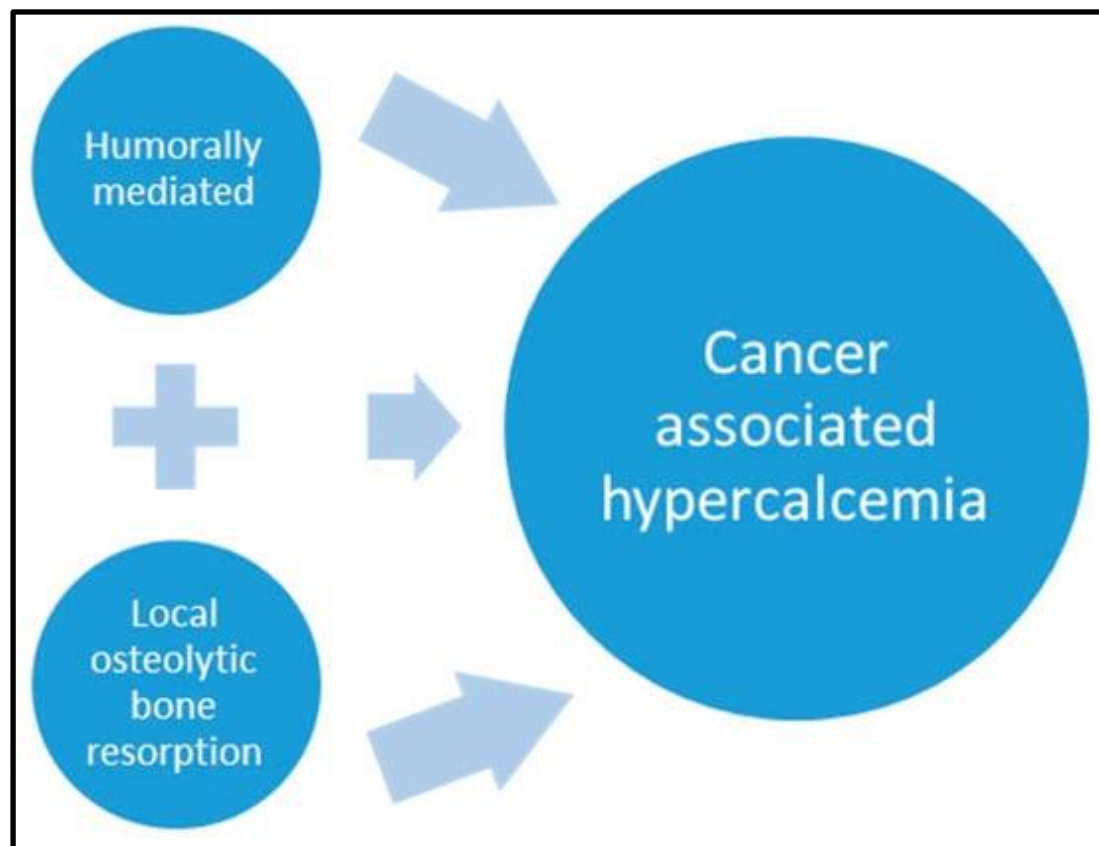
Vignette Clinique No2

- Mme C.D., 70 ans, Ca mammaire métastatique osseux sous Docetaxel
- Problème actuel: **Fatigue +++**, **troubles de concentration** depuis qqes jours, **constipation**, **nausées**, **vomissements**
- Examen clinique: Pâleur, **sècheresse cutanée**
- Labo: Hb 87g/l, **Creatinine 150mcmol/l**, Na⁺ et K⁺ dans les normes, enzymes hépatiques sans particularité
- ECG: RSR à 80/min, **QTc 300ms** (raccourci)

Qu'est-ce qui manque?

- Bilan fer?
- CRP?
- Bilan urinaire complet?
- Imagerie abdominale?
- Bilan électrolytique complet?

Hypercalcémie liée à la malignité



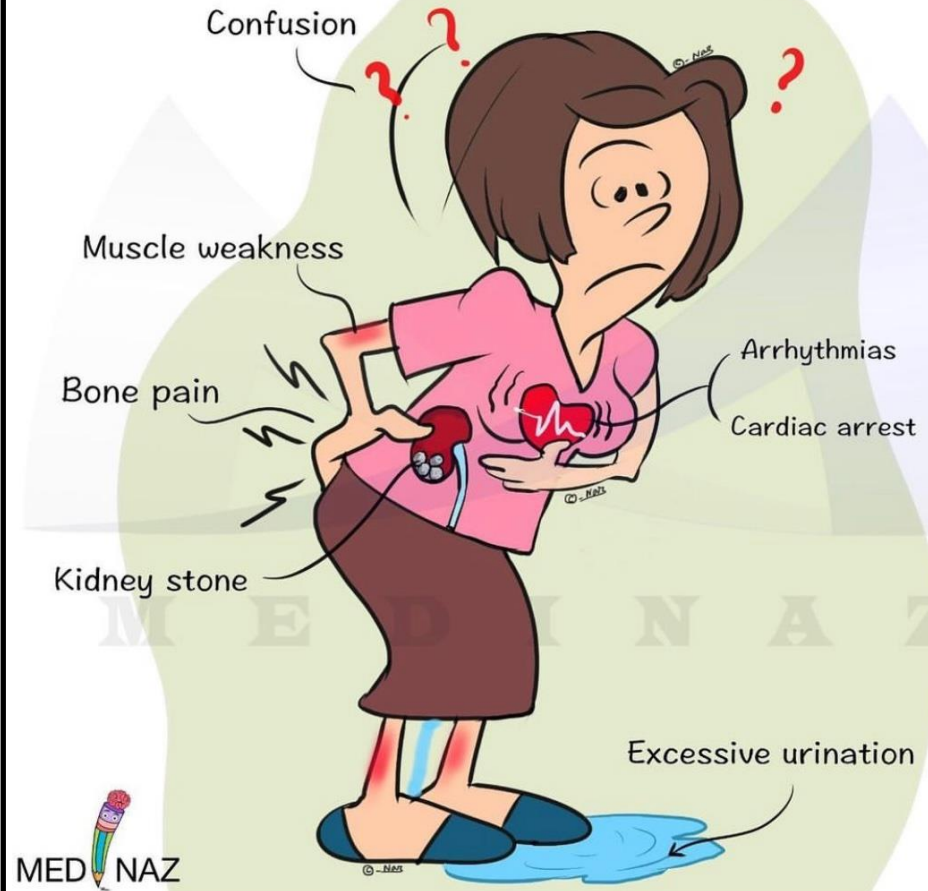
- ~ 20% de tous patients oncologiques
- Myélome Multiple >>> Ca solides avec méta osseuses

TABLEAU CLINICO-BIOLOGIQUE

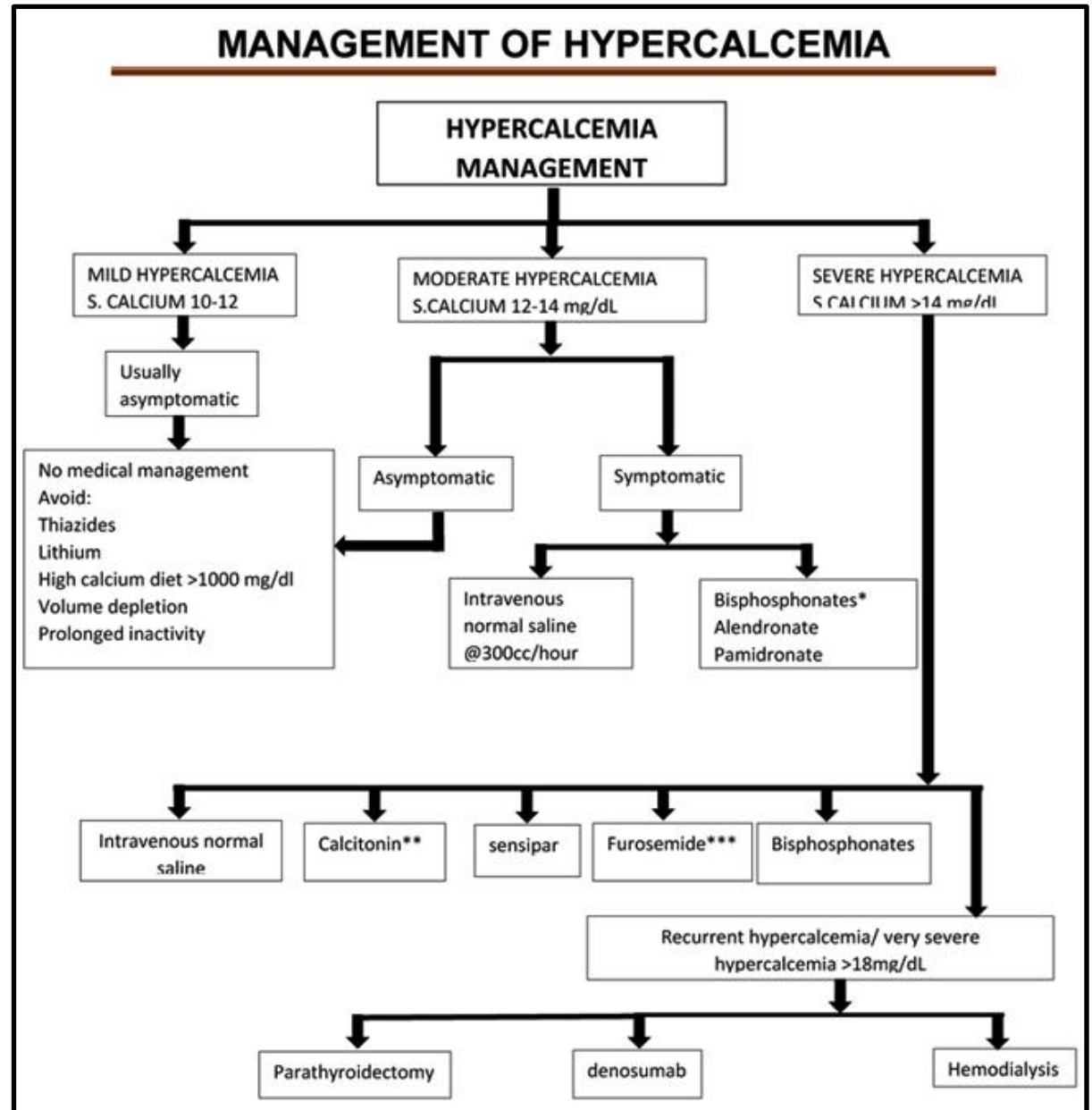
Légère: 10-12 mg/dl
Modérée: 12-14 mg/dl
Sévère: >14 mg/dl

Hypercalcemia signs & symptoms

www.medinaz.com



Prise en charge



* Décès 80% dans les 12 mois
Survie médiane: 3-4 m

Bajwa R. et al, A Simplified Approach to the Management of Hypercalcemia, The Open Urology and Nephrology Journal, DOI: 10.2174/1874303X01811010022

* Seccareccia D. L'hypercalcémie reliée au cancer. Can Fam Physician. 2010 Mar;56(3):e90-2. French. PMID: PMC2837702.

Vignette Clinique No3

- Mme E.F., 55 ans, sous FLOT (5-FU, Oxaliplatine, Docétaxel) pér-opératoire pour Ca gastrique
- Dernier cycle: il y a 10 jours
- Problème actuel: Etat fébrile à **38.7°C**, avec frissons, depuis 24h, **dysurie, pollakiurie**
- Examen clinique: T **38.5°C**, **LRSI**
- Labo: Leuco 1.8G/l (neutro 0.4G/l), CRP 200 mg/l
- Stix urinaire: nitrites +, leuco+, erythro+

Diagnostic clair...

Neutropénie fébrile

...à départ urinaire dans ce cas

Neutropénie fébrile (NF)

- Définition:
 - EF > 38.5°C ou >38°C en 2 prises à un intervalle de 2 heures, et
 - Neutrophiles < 0.5G/l (ou pouvant le devenir)
- Facteurs de risque:
 - Age avancé
 - Maladie avancée
 - Neutropénie fébrile antérieure
 - Pas de G-CSF prophylactiques
 - Mucite
 - Performance Status (PS) diminué
 - Maladie CV

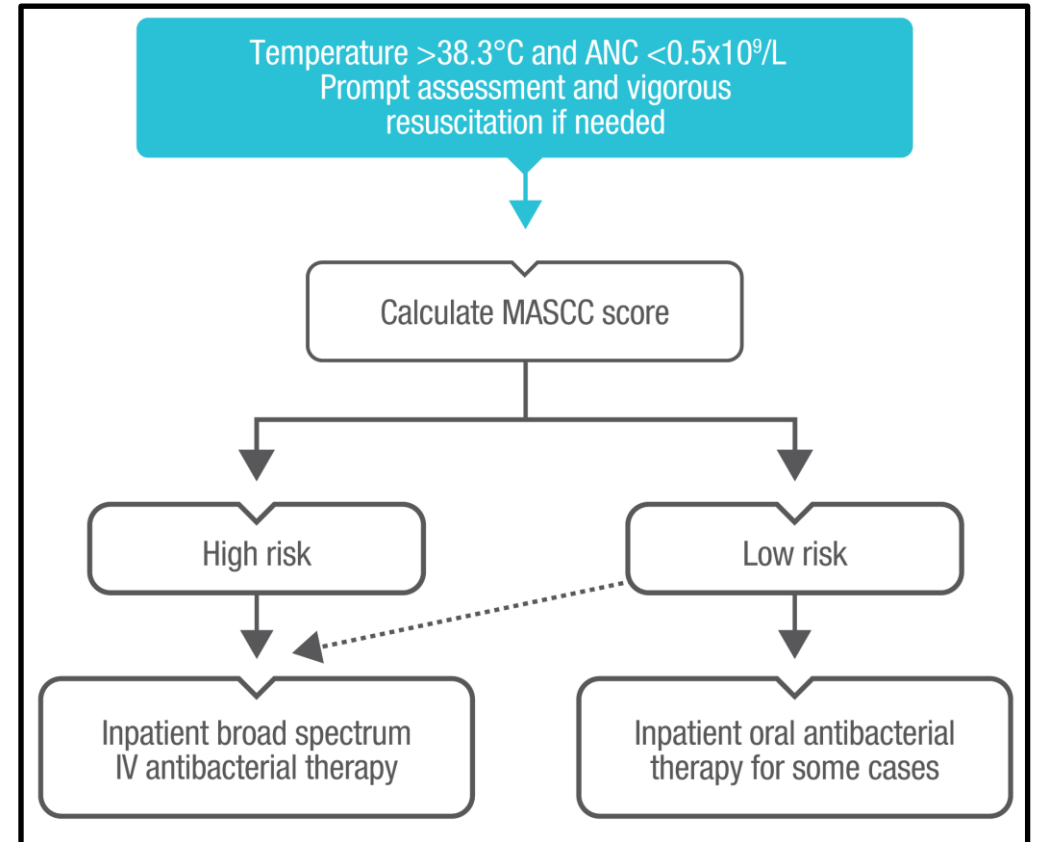
~ 8/1000 cas sous Chimio
Morbidity: 20-30%, et
Mortality: 10% chez patients hospitalisés à cause de
NF

PRISE EN CHARGE EXTRA-HOSPITALIERE

MASCC Score

Characteristic	Score
Burden of illness: ¹	
• No or mild symptoms	5
• Moderate symptoms	3
• Severe symptoms	0
No hypotension	5
No chronic obstructive pulmonary disease	4
Solid tumour or haematological malignancy with no previous fungal infection	4
No dehydration requiring parenteral fluids	3
Outpatient at presentation	3
Age <60 years	2

¹Only one score for this characteristic (5, 3 or 0 – points are not cumulative).
A score of 21 or more points is predictive of low-risk febrile neutropenia.



Vignette Clinique No4

- Mme G.H., 62 ans, Ca pulmonaire multi-métastatique (os, cerveau), sous immuno-chimiothérapie
- Problème actuel: **perte de force musculaire** proximale dd cuisses, apparition brutale depuis 24 heures, **incontinence fécale nouvelle**, dysurie
- Examen clinique: Pas de fièvre, **Force 3/5 de deux quadriceps**, **reflexes ddc diminués**, TR: **tonus sphinctérien diminué**
- Stix urinaire: nitrites -, traces de leuco, erythro++

Prochaine étape?

- Adresser aux Urgences?
- Prise de sang?
- Uricult?
- IRM cérébrale?
- CT/IRM de la colonne lombo-sacrée?

Compression médullaire aiguë

Tableau I : TUMEURS PRIMAIRES À L'ORIGINE D'UNE COMPRESSION MÉDULLAIRE MÉTASTATIQUE

Sein	13-38%
Poumon	11-35%
Prostate	10-24%
Lymphome non hodgkinien	10-11%
Rein	7-13%
Colon-rectum, myélome, sarcome, cancer indéterminé	< 5%

Localisation:

- 60-80% Thor
- 15-30% Lombo-sacré
- 10% Cervical

~ 20% manifestation initiale du Ca

Tabelau 1: LANGENSKIÖLD Elisabeth, « La compression médullaire métastatique », InfoKara, 2003/3 (Vol. 18), p. 130-135. DOI : 10.3917/inka.033.0130. URL : <https://www.cairn.info/revue-infokara1-2003-3-page-130.htm>

Bouhafa T et al. Compression médullaire d'origine métastatique [Spinal cord compression due to metastases]. Pan Afr Med J. 2014 Oct 27;19:209. French. doi: 10.11604/pamj.2014.19.209.3695. PMID: 25829974; PMCID: PMC4372306.

Manifestation Clinique

Compression médullaire selon le niveau

Compression cervicale haute entre C1 et C4

B Syndrome sous-lésionnel avec tetraplégie spastique, syndrome lésionnel : paralysie diaphragmatique, paralysie du sternocléidomastoïdien, du trapèze ou hoquet signant la souffrance phrénique.

Compression cervicale basse entre C5 et T1

Paraplégie spastique et névralgie cervicobrachiale; compression entre C8 et T1 : signe de Claude Bernard-Horner homolatéral.

Compression de la moelle dorsale

Paraplégie, douleurs en ceinture thoracique associées à une anesthésie en bande.

Compression de la moelle lombosacrée

Paralysie des quadriceps avec disparition des réflexes tendineux rotuliens, mais réflexes calcanéens (achilléens) vifs et signe de Babinski bilatéral, avec troubles sphinctériens.

Compression au niveau du cône terminal

Troubles moteurs à type de déficit de la flexion de la cuisse sur le bassin, abolition des réflexes cutanés abdominaux inférieurs, abolition du réflexe crémastérien, signe de Babinski; atteinte sphinctérienne constante et sévère et troubles sensitifs de niveau T12-L1.

Prise en Charge

- **URGENCE MEDICALE ABSOLUE → ADRESSER AUX URGENCES**
- IRM colonne totale
- Corticostéroïdes (dexaméthasone haute dose en schéma dégressif)
- Radiothérapie
- Evaluation pour bénéfice de chirurgie décompressive
- Bisphosphates en **prévention** de l'évolution des méta osseuses

1^{ER} PHOTO-QUIZ...

- Enfortumab vedotin pour Ca urothélial avancé

Grant CR, de Kouchkovsky D, Kalebasty AR, Mar N. Drug extravasation with Enfortumab vedotin. Journal of Oncology Pharmacy Practice. 2023;29(7):1789-1792. doi:10.1177/10781552231185505



Diagnostic?

- Infection du site de la perfusion?
- Réaction allergique aux pansements autocollants?
- Extravasation de l'enfortumab vedotin?
- Dermatite bulleuse secondaire au traitement par enfortumab vedotin?
- Effet secondaire à l'enfortumab vedotin?

Extravasation des traitements oncologiques

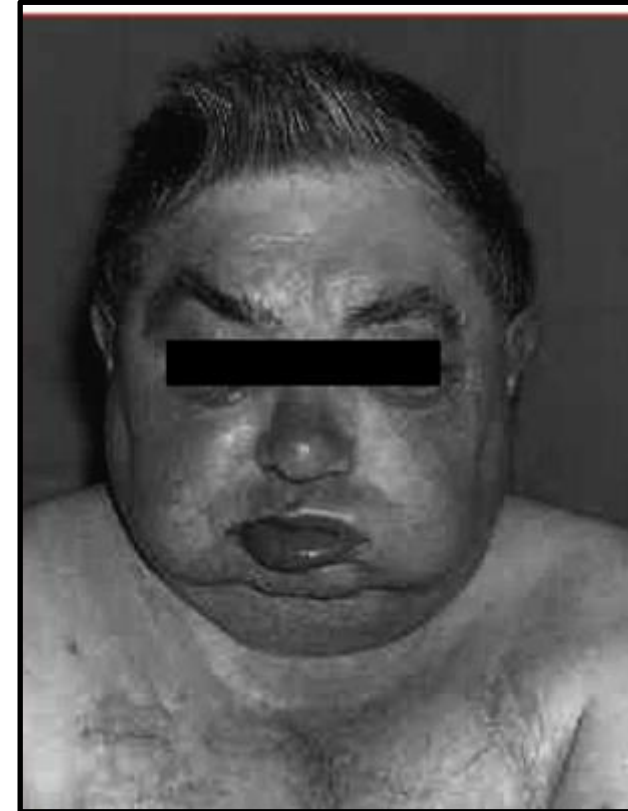
- **URGENCE ABSOLUE**
- Rarement problème de MT
- Oncologue +/- chirurgien
plasticien en charge

CLASSIFICATION OF ANTICANCER AGENTS ACCORDING TO THEIR ABILITY TO CAUSE LOCAL DAMAGE AFTER EXTRAVASATION

VESICANTS	IRRITANTS	NON-VESICANTS
<p>DNA-binding compounds</p> <p>Alkylating agents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mechlorethamine • Bendamustine* <p>Anthracyclines ←</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doxorubicin • Daunorubicin • Epirubicin • Idarubicin <p>Others (antibiotics)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dactinomycin • Mitomycin C • Mitoxantrone* 	<p>Alkylating agents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carmustine • Ifosfamide • Streptozocin • Dacarbazine • Melphalan <p>Anthracyclines (other):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liposomal doxorubicin • Liposomal daunorubicin • Mitoxantrone <p>Topoisomerase II inhibitors</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etoposide • Teniposide 	<ul style="list-style-type: none"> • Arsenic trioxide • Asparaginase • Bleomycin • Bortezomib • Cladribine • Cyclophosphamide • Cytarabine • Etoposide phosphate • Fludarabine • Gemcitabine • Interferons • Interleukin-2 • Methotrexate
<p>Non-DNA-binding compounds</p> <p>Vinca alkaloids</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vincristine • Vinblastine • Vindesine • Vinorelbine <p>Taxanes ←</p> <ul style="list-style-type: none"> • Docetaxel* • Paclitaxel <p>Others</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trabectedin 	<p>Antimetabolites</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluorouracil <p>Platin salts ←</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carboplatin • Cisplatin • Oxaliplatin* <p>Topoisomerase I inhibitors</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irinotecan • Topotecan <p>Others</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ixabepilone 	<ul style="list-style-type: none"> • Monoclonal antibodies • Pemetrexed • Raltitrexed • Temsirolimus • Thiotepa

2^e PHOTO-QUIZ...

- Pas de Ca connu
- Syndrome métabolique, 100 UPA
- Problème actuel: **Dyspnée aigue**



Diagnostic?

- Angioœdème?
- Œdème aigu du poumon?
- Fausse route?
- Syndrome de veine cave supérieure (VCS)?

- 3-4% des patients oncologiques dont,
- 90% Ca broncho-pulmonaires / lymphomes
- Pronostic vital rarement engagé
- PEC de la cause de la sténose de la VCS (chimio-radiothérapie, chirurgie/ RAD/INTER)

En résumé...

- MT souvent face aux Urgences oncologiques → Premier répondant
- Sensibilisation importante face au lien symptôme aigu + maladie oncologique

Communication MT-oncologue essentielle → **No de garde onco CHUV 24h/24: 079 556 22 34**

Bût ultime  Meilleure PEC du patient

Je vous remercie beaucoup!

