


Urgences en Oncologie

Dr Joëlle EGRETEAU
Oncologue CHBS

Urgences en oncologie

- Compression médullaire
- Le patient ne mange pas :
est-ce une urgence ?
- Diarrhées aiguës
- Subocclusion



Compression médullaire

Compression médullaire

- Patients les plus concernés :

Cancers du sein

Cancer de la prostate

Cancer du poumon

Mélanome

Compression médullaire

- Clinique :

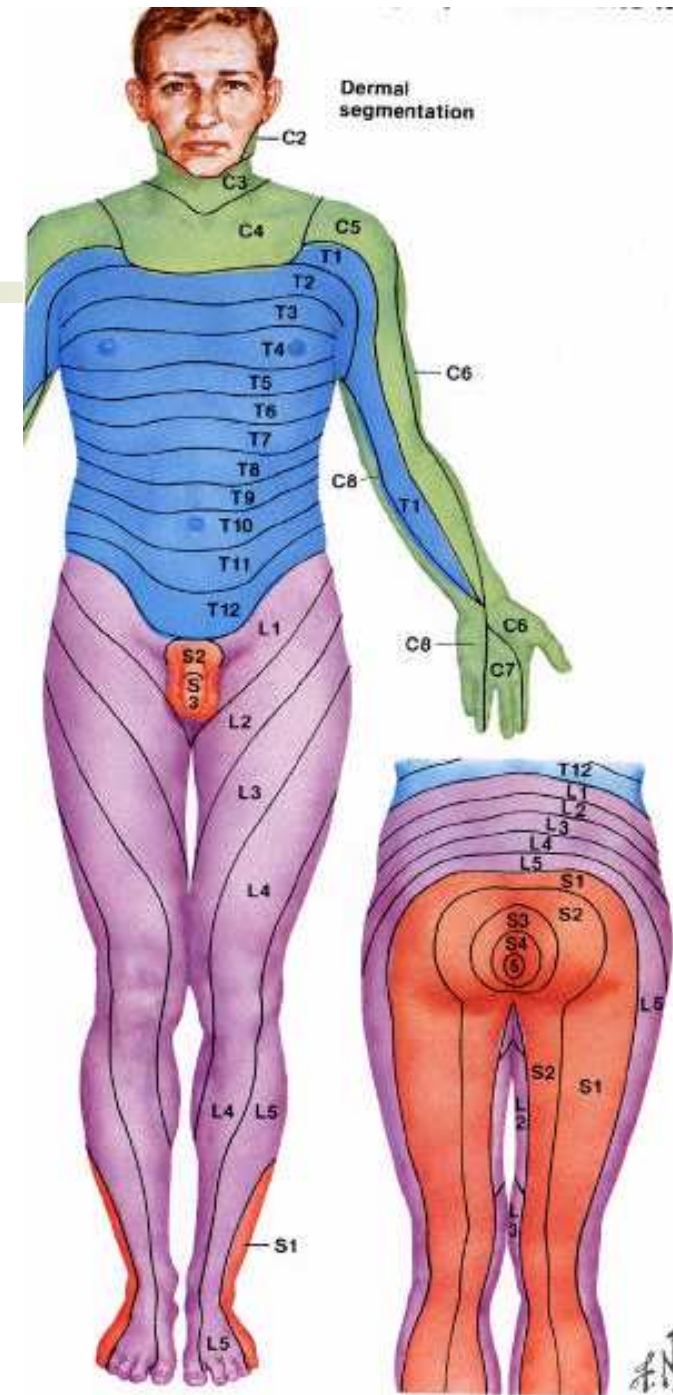
syndrome lésionnel = douleur

syndrome sous lésionnel =

- déficit systématisé,
- Irritation pyramidale : Babinski, trépidation épileptoïde, clonus rotule

[

Métamères, syndrome lésionnel



Compression médullaire : clinique selon le niveau

- **C1-C4** Paralysie diaphragmatique, hoquet , SCM, trapèze, ...
- Tétraparésie spastique
- **C5-D1** Névralgie cervico-brachiale (C8-D1: CBH)
- Paraparésie spastique
- **Moelle dorsale** Douleur « en ceinture » thoracique
- Paraparésie spastique
- **Moelle lombaire** Déficit des quadriceps
- ROT rotuliens abolis
- ROT achilléens vifs, s. Babinski
- Tb sphinctériens

Sd de la Queue de cheval

Le plus souvent bilatéral asymétrique

- Tb sensitifs : douleurs radiculaires des MI, sacrées, périnéales
- Anesthésie en selle +++
- Insensibilité du passage des urines/selles
- Tb moteurs : déficit mono/pluriradiculaire,
- Paraplégie flasque
- Amyotrophie
- Réflexes : Abolition ROT M inf, réflexes périnéaux
- RCP en flexion ++
- Tb sphinctériens : rétention/incontinence urinaire
- Constipation/incontinence fécale

DU COTE DE LA LESION
(HOMOLATERAL)

DU COTE OPPOSE
(CONTROLATERAL)

↓
* Syndrome lésionnel
(S. suspendu)

- . paralysie flasque
- . anesthésie complète à tous les modes

* Syndrome

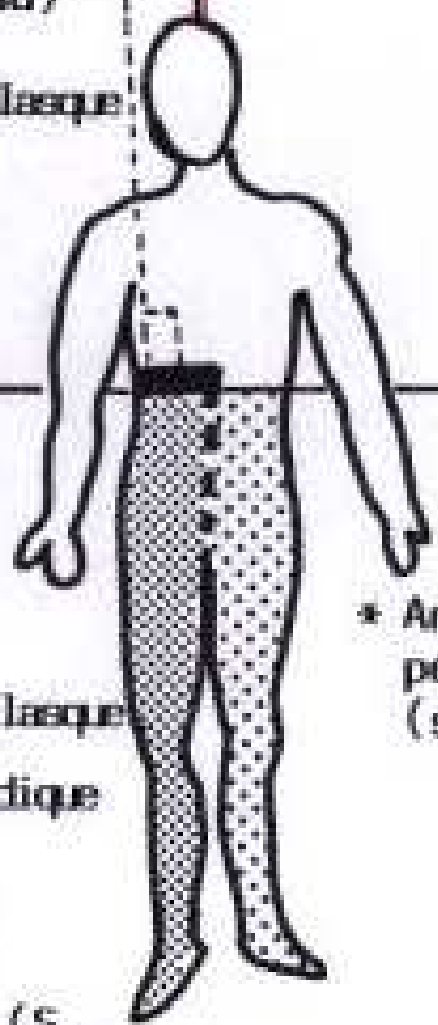
↓
* Paralysie

- . d'abord flasque
- . puis spastique

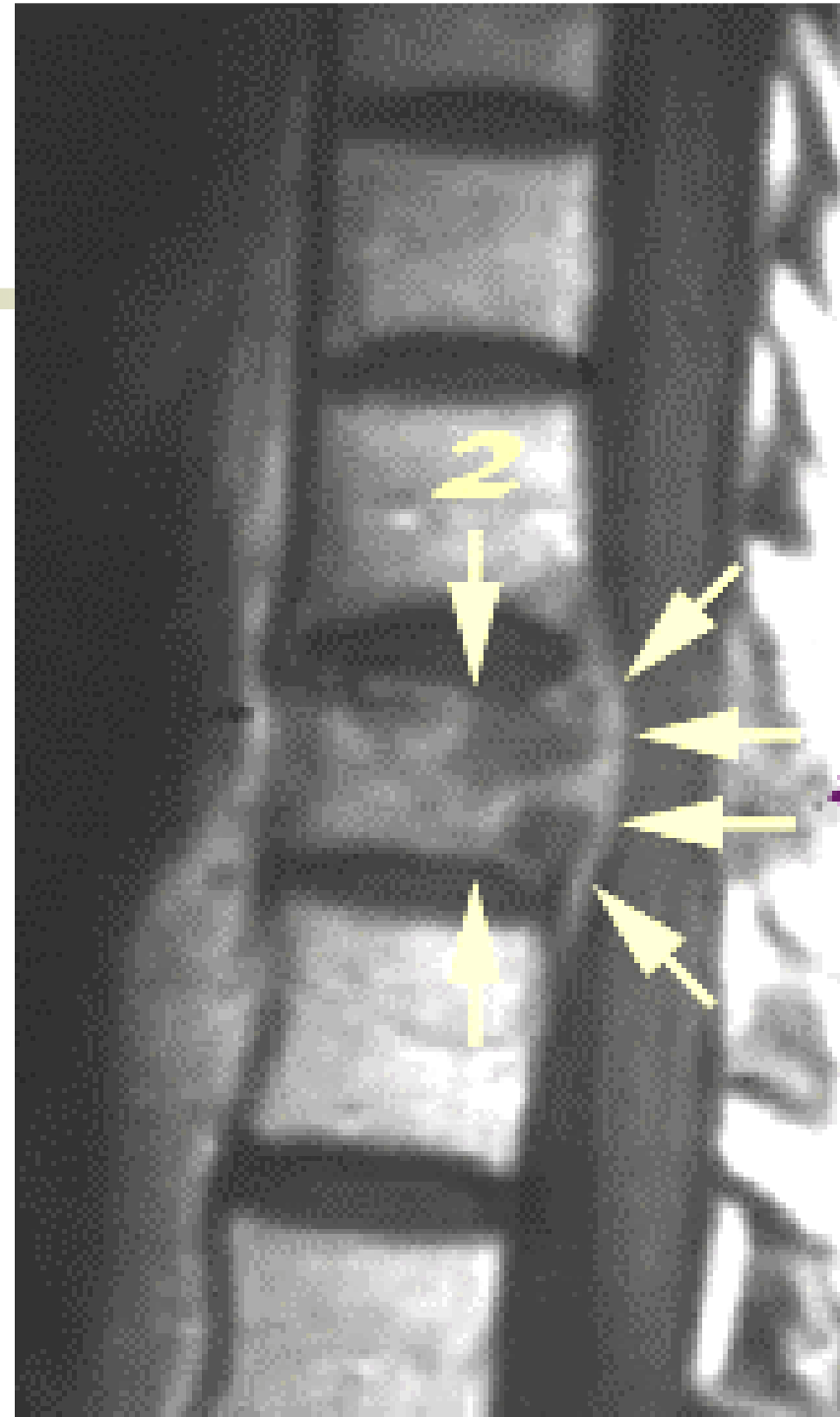
* Anesthésie de la voie lemniscale (S. cordonal postérieur)

Sous-lésionnel

- ↓
- * Anesthésie : température, douleur (syndr. SI)



[IRM T1 gado



[IRM T2



Compression médullaire

Conduite thérapeutique :

- Hospitalisation en urgence pour IRM
- Corticothérapie forte dose
- Avis neurochirurgical
- Radiothérapie

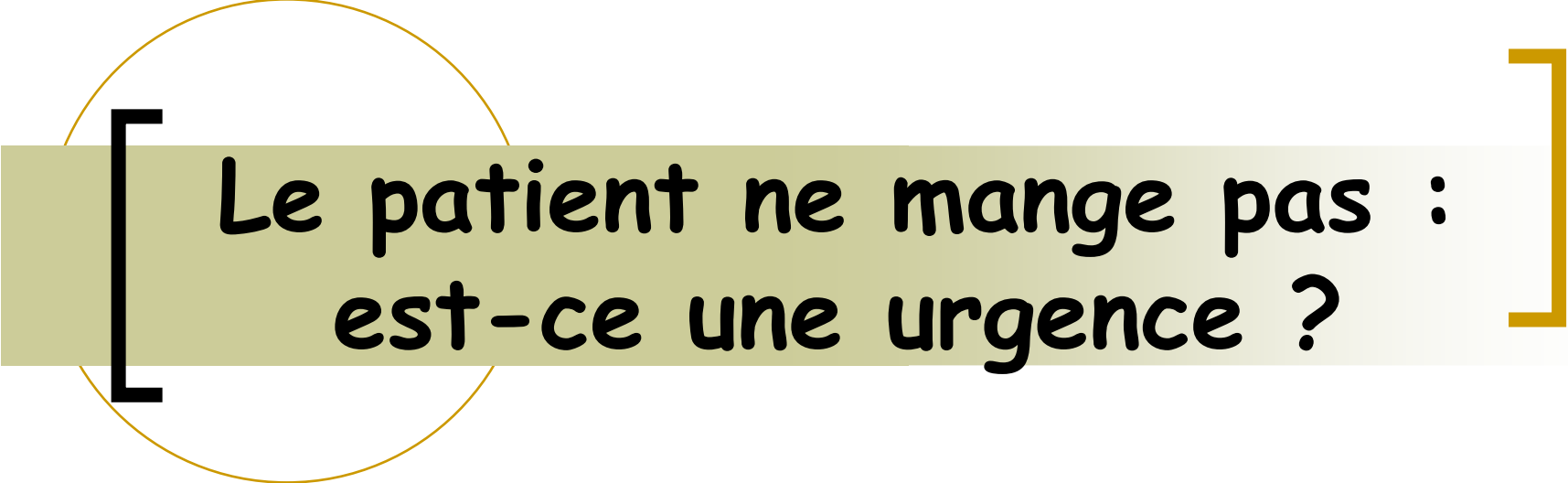
Diagnostic différentiel

- **Méningite Carcinomateuse ou Gliomateuse**
- ATCD cancer
- Evolution subaigüe
- Syndrome rachidien, douloureux
- Pfs associé à nerfs craniens, encéphalopathie, nausées, céphalées
- Diagnostic : étude cytologique du LCR

Méningite
carcinomateuse

IRM T1





**Le patient ne mange pas :
est-ce une urgence ?**

Le patient ne mange pas : est-ce une urgence ?

Cela dépend du patient :

- Patient en prise en charge curative
- Patient en phase palliative active
- Patient en soins palliatifs

Le patient ne mange pas :
Patient en prise en charge curative
Patient en phase palliative active

Les besoins énergétiques doivent être couverts au mieux

Les besoins sont importants :

- besoins de base,
- besoins pour la réparation des toxicités liées aux traitements,
- besoins pour la récupération d'une fréquente dénutrition présente au diagnostic
- préparation préchirurgicale

Le patient ne mange pas :
Patient en prise en charge curative
Patient en phase palliative active

- Intérêt de l'évaluation précoce et du suivi par une diététicienne
- Favoriser :
 - l'alimentation orale habituelle enrichie,
 - puis les compléments alimentaires,
 - puis l'alimentation entérale,
 - puis l'alimentation parentérale.

Le patient ne mange pas :
Patient en prise en charge curative

- Alimentation hypercalorique, hyperprotidique jusqu'à récupération
- Associer une activité physique adaptée

Le patient ne mange pas :
Patient en phase palliative active

- Alimentation hypercalorique hyperprotidique le temps de la récupération, surtout des toxicités des traitements combinés
- Alimentation normocalorique si dysphagie
- Associer une activité physique adaptée

Le patient ne mange pas : est-ce une urgence ?

- Patient en prise en charge **curative** :
 - **urgence à quelques jours**
- Si **déshydratation associée** :
 - **urgence à quelques heures**

Le patient ne mange pas : est-ce une urgence ?

- Patient en phase palliative active, en phase de toxicité des traitements :
 - urgence à quelques jours
 - Si déshydratation associée : urgence à quelques heures
- Patient en phase palliative active, hors traitement :
 - s'interroger sur l'étiologie

Le patient ne mange pas : Patient en soins palliatifs

Ce que l'on sait :

- alimentation hypercalorique hyperprotidique délétère : accélère la croissance tumorale ; rôle de l'anorexie
- Symbole de l'alimentation : vie, convivialité
- Culpabilité de l'entourage : ce qui est de leur ressort ne fonctionne plus

Le patient ne mange pas : Patient en soins palliatifs

Ce que l'on préconise :

- Alimentation : confort et plaisir
- Stimuler l'appétit
- Traiter les mucites
- Traiter les nausées
- Maintenir une activité physique adaptée

Le patient ne mange pas :
Patient en soins palliatifs

Stimuler l'appétit :

- Progestatifs
- Corticoïdes

Traiter les nausées :

- Prokinétiques, métoclopramide

Le patient ne mange pas : Patient en soins palliatifs

Traiter les mucites :

- Bains de bouche, bicarbonates
- Spray d'eau minérale
- Antifongiques
- Antalgiques, lidocaïne gel

Le patient ne mange pas : Patient en soins palliatifs

Alimentation : confort et plaisir

- Apports fractionnés
- Petites quantités,
- Choix varié
- Plats préférés



Diarrhées aiguës

Diarrhées aiguës

- Patients ayant reçu du 5FU
- du Docétaxel (Taxotère)
- ou de l'Irinotécan (Campto)

Diarrhées aiguës

- Présence de glaires, sang, pus ?
- Antibiothérapie récente ?
- => coproculture et recherche de clostridium difficile
- Traitement : Métronidazole, 500 mg, 3fois/jour (Flagyl) pendant 15 jours

Diarrhées aiguës : traitement

- Diarrhées après Irinotécan :
- Lopéramide 2mg :
 - 2 gélules dès la première selle liquide,
 - puis si les diarrhées persistent, 1 gélule toutes les 2 heures,
 - jusqu'à 4 heures après la dernière selle liquide

Diarrhées aiguës : traitement

- En général : Lopéramide 2 mg après chaque selle liquide, sans maximum
- Associé à :
 - Smectite (Smecta) 1 à 2 sachets 3 fois/jour
 - Régime adapté

Diarrhées aiguës : régime adapté

Bien Hydrater (eau, bouillon, boissons chaudes...)

- Eviter les boissons glacées
- Eviter les aliments trop fibreux, privilégier les féculents (riz, pâtes, pommes de terre)
- Eviter les plats trop gras
- Eviter le lactose en excès
- Privilégier les aliments « constipants » : riz, carottes, banane

Diarrhées aiguës : traitement

- Si les diarrhées durent plus de 2 jours :
 - associer Ofloxacine 200 mg matin et soir pendant 5 jours
- Contrôler le Ionogramme (K⁺)
- Réhydratation orale et/ou parentérale (réseau onc'orient)

Diarrhées aiguës

Critères d'hospitalisation :

- Défaillance clinique
- Vomissements abondants associés
- Troubles ioniques



Subocclusion

Subocclusion sur Carcinose

- Tableau clinique : chez un patient avec carcinose péritonéale connue
 - Arrêt des matières,
 - Gaz +/-
 - BHA+
- Buts de la prise en charge :
 - Calmer les douleurs
 - Calmer les nausées/vomissements
 - Hydrater
 - Nourrir ceux qui ont faim
 - Relancer le transit

Subocclusion sur carcinose prise en charge

- Calmer les douleurs :
 - Antispasmodiques
 - Antalgiques majeurs
- Calmer les nausées/vomissements
 - Anti nauséux, type Haldol (halopéridol)
 - Arrêt des apports oraux
 - SNG en dernier recours

Subocclusion sur carcinose prise en charge

- Hydrater et nourrir ceux qui ont faim
 - Alimentation hypercalorique est délétère : accélère la croissance tumorale
 - Alimentation parentérale agit par les nausées induites
- Relancer le transit :
 - Corticoïdes, somatostatine