

# La 8<sup>ème</sup> rencontre sur les urgences et complications sévères chez le patient cancéreux

**J.-P. Sculier**

Unité des Soins Intensifs et Oncologie Thoracique, Institut Jules Bordet

La 8<sup>ème</sup> Rencontre s'est déroulée le samedi 1<sup>er</sup> décembre dernier à l'Institut Jules Bordet, avec comme thèmes principaux les complications métaboliques chez le cancéreux et la gestion des conflits en réanimation. Une centaine de personnes, médecins spécialistes ou en formation et infirmières, ont assisté à cette réunion ainsi que pour la première fois, des représentants de l'association de patients " Vaincre ", créée au sein de l'*European Lung Cancer Working Party*.

En première partie ont eu lieu différents exposés sur les complications métaboliques les plus fréquentes.

J.-J. Body (C.H.U. Brugmann) a fait le point sur l'hypercalcémie. Il a particulièrement insisté sur l'absence de symptômes spécifiques et donc la nécessité d'évoquer une hypercalcémie devant toute altération symptomatique chez un patient cancéreux. Le dosage de la parathormone intacte est basse car c'est la PTHrp qui est élevée. Malheureusement, cette hormone ne peut être dosée en routine en Belgique, car nous ne disposons pas de tests commerciaux à cette fin. Le traitement repose d'une part sur la normalisation du volume circulant et d'autre part sur l'administration de biphosphonates. La correction de la volémie se fait avec du sérum physiologique. En effet, en cas de volémie basse, il y a une réabsorption du calcium par les tubules rénaux, ce qui perpétue l'hypercalcémie. Pour les biphosphonates, le zolédronate est recommandé. Les principales toxicités sont les réactions au site d'infusion, un syndrome grippal, une détérioration de la fonction rénale qui peut se prévenir par une perfusion lente d'au moins quinze minutes et une ostéonécrose de la mandibule. La calcitonine est indiquée en cas de nécessité d'une correction très rapide de l'hypercalcémie.

L'hyponatrémie a été abordée par G. Decaux (Hôpital Erasme). Il a développé les conséquences du développement d'un œdème cérébral secondaire à l'hyponatrémie. Il convient d'y penser, notamment en postopératoire, en cas de crise d'épilepsie. Il a surtout insisté sur le risque de décérébration si la correction de la natrémie était trop rapide. Il existe de nouvelles causes au développement des hyponatrémies comme

la consommation d'ecstasy ou la préparation énergétique à une colonoscopie. Pour l'hyponatrémie aiguë, il a proposé en alternative au NaCl 3 %, l'administration d'urée par une sonde gastrique à raison de 0,5 à 1 g/kg. Pour l'hyponatrémie chronique, il existe un risque de myélinolyse pontine centrale pour des natrémies inférieures à 115 mEq/l corrigées trop rapidement ; il est conseillé de ne pas dépasser une vitesse de correction de 10 à 15 mEq/l en 24 h. Si nécessaire, il ne faut pas hésiter à arrêter l'ascension, voire à redescendre la natrémie, surtout si des troubles neurologiques s'installent. L'hyponatrémie sévère doit être traitée en soins intensifs avec des contrôles réguliers de la natrémie. Alors qu'on les croyait asymptomatiques, beaucoup d'hyponatrémies chroniques sont associées à des symptômes peu spécifiques comme une instabilité de la marche, des chutes, une diminution de la performance intellectuelle. Les symptômes surviennent pour de discrètes hyponatrémies. Enfin, des antagonistes de l'ADH, les vaptans, en cours de développement, seront bientôt disponibles. Leur indication sera le SIADH chronique, comme dans les cancers bronchiques à petites cellules, en cas d'intolérance à l'administration d'urée.

Le syndrome de lyse tumorale a été discuté par E. Azoulay (Hôpital Saint-Louis, Paris). Ce syndrome se manifeste par des anomalies biologiques responsables de trois grandes menaces : une hyperkaliémie, source d'arrêt cardiorespiratoire et d'arythmies cardiaques, une hyperphosphatémie et une hyperuricémie, toutes deux responsables de troubles rénaux par précipitation de cristaux, néphrocalcinose et hypocalcémie. En cas de syndrome de lyse établi, l'insuffisance rénale aiguë est observée dans 10 % des cas dans les bons centres. Cette complication s'élève à 30 à 40 % dans les centres n'utilisant pas l'urate-oxydase. Le taux de dialyse est de 3 à 5 %. Les maladies à risque de développer un syndrome de lyse tumorale sont celles avec une masse néoplasique importante dont le taux de LDH est un marqueur, celles avec un index de prolifération importante et celles très sensibles à la chimiothérapie, en particulier les lymphomes de Burkitt et les leucémies aiguës lymphoblastiques de type B. Il existe des facteurs liés à l'hôte comme la déshydratation, la prise de

diurétiques, les médicaments néphrotoxiques comme les produits de contrastes iodés ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'infiltration néoplasique des reins. Enfin, certaines associations chimiothérapeutiques s'avèrent particulièrement dangereuses comme l'association fludarabine-rituximab et certaines molécules cycle-dépendantes comme les anthracyclines ou le méthotrexate. La prise en charge thérapeutique est une urgence chimiothérapeutique. Elle reposera sur l'administration de rasburicase (Fasturtec®), l'urate-oxydase produite par génie génétique. Il conviendra de prendre en charge, de façon préventive, l'insuffisance rénale par épuration extrarénale avant l'instauration d'une véritable insuffisance rénale. La dialyse devra être envisagée en cas d'hyperkaliémie, d'hyperphosphatémie et d'hypocalcémie non rapidement réversibles. En cas de risque très élevé de syndrome de lyse tumorale, la chimiothérapie doit s'administrer en soins intensifs.

La matinée s'est clôturée par la présentation de deux cas cliniques interactifs, l'un par A.-P. Meert (Institut Jules Bordet) sur un syndrome de Cushing paranéoplasique dans le cadre d'un cancer bronchique à petites cellules où l'administration de kétokonazole peut être utile pour contrôler les troubles ioniques induits par l'hypercorticisme et l'autre par D. Benoît (*Akademisch Ziekenhuis*, Gand) sur une acidose lactique paranéoplasique compliquant un lymphome diffus à grandes cellules. Il convient de penser à cette complication qui se manifeste sous forme d'un état hyperdynamique comme dans un sepsis mais avec une hypotension artérielle relativement bien tolérée par rapport au taux très élevé d'acide lactique circulant. Une atteinte hépatique diffuse est souvent associée à ce syndrome.

La deuxième partie de la rencontre a été consacrée à la gestion des conflits en réanimation.

E. Azoulay (Hôpital Saint-Louis, Paris) a rapporté les résultats de l'enquête " *Conflicus* " sur les conflits en réanimation. Ceux-ci ont été définis comme un

désagrément lié à la gestion d'un patient impliquant plus d'une personne et nécessitant une décision ou un acte. Il existe très peu de données à ce sujet dans la littérature médicale. Le plus souvent, ces conflits surviennent en fin de vie avec trois axes : équipe/famille, au sein de l'équipe médicale, au sein de la famille. L'enquête " *Conflicus* " a été réalisée à travers toute l'Europe le 5 décembre 2006 ; 313 unités de soins intensifs de 25 pays ont participé avec 7.498 réponses d'intervenants. 70 % des intervenants ont rapporté un conflit. La Belgique est un des 5 pays où il y a moins de conflits rapportés. Trois soignants sur quatre rapportent un conflit et la moitié des conflits se déroulent au sein de l'équipe. Un grand travail est nécessaire pour analyser finement les multiples données récoltées lors de cette enquête.

Ensuite, un cas clinique a été rapporté par T. Berghmans (Institut Jules Bordet) dans une séance dirigée par D. Razavi (Institut Jules Bordet) avec la participation de D. Benoit, J. Devriendt (C.H.U. Brugmann), J.-J. Lafitte (C.H.R.U. de Lille, France), P. Lheureux (Hôpital Erasme), E. Markiewicz (Institut Jules Bordet). Il s'agissait d'un cas extrêmement compliqué avec un conflit survenu en réanimation entre un patient, son épouse et les équipes des soins intensifs et d'hématologie. La raison de ce conflit était la personnalité pathologique psychiatrique sous-jacente de l'épouse du patient, très vraisemblablement en rapport avec une institutionnalisation dans l'enfance. Il ressort de cette discussion plusieurs éléments dont l'importance d'une identification de ce type de personnalité lors de prise en charge initiale de la maladie cancéreuse, d'un soutien de l'équipe confrontée à cette situation par une prise en charge multidisciplinaire et d'une attitude empathique de la direction et un suivi des personnes atteintes (dans ce cas-ci l'épouse du patient après la résolution du conflit).

La prochaine rencontre est prévue le 22 novembre 2008 et sera consacrée à la personne âgée atteinte de cancer en soins intensifs.