

# URGENCES CHEZ LE PATIENT ATTEINT DE CANCER

LES REFERENTIELS

Soins de support

Décembre 2012

# URGENCES CHEZ LE PATIENT ATTEINT DE CANCER



Version validée 07/12/2012

|                      |  |
|----------------------|--|
| <p>Rédacteur(s)</p>  | <p><b>Coordonnateurs</b><br/>Nadine MEYER (Réseau Source, Lyon), Vincent GAUTIER (CH Annecy)</p> <p><b>Membres du groupe de travail</b><br/>Nadine AIME (Clinique privée de Deauville), Marie BERLIOZ (Centre Léon Bérard, Lyon), Pascale BETHENOD (Clinique Charcot), Olivier BEZY (CHU Clermont-Ferrand), Delphine BONNET (CHU Toulouse), Sylvie BRUNETTE (Centre soins de suites et Réadaptation Beaulieu), Pierre-Etienne CAILLEUX (Centre d'Oncologie et Radiothérapie Tours), Philippe DEBOURDEAU (Hôpital Instruction des Armées Desgenettes), Yves DEVAUX (Centre Léon Bérard), Cyprian ENACHESCU (Centre Hospitalier Lyon Sud), Vincent GAUTIER (CH Annecy), Philippe GABELLE (GHM Grenoble), Marie HALLAIN, (CHU Poitiers), René-Pierre LABARRIERE (Médecine libérale), Hélène LABROSSE (Réseau Espace Santé Cancer RA), Caroline MAINDET-DOMINICI (CHU Grenoble), Claire MALLAVAL (Centre Hospitalier de Feurs), Annyck MARION (CHU St Etienne), Philippe MAYRAND (CH Valence), Nadine MEYER (Réseau Source, Lyon), Elodie MINUIT (CHU Niort), Olivier MOCQ (Centre Médical Spécialisé de Praz Coutant), Thierry MONTAUT (CHU Nancy), Christophe MORILLE (Onco 38), Adeline NOYES (Centre Léon Bérard), Olivier PALOMBI (CHU GRENOBLE), Michel PAVIC (Hôpital Instruction des Armées Desgenettes), Marie-Annick PELLET (CLYRESS Beaulieu), Sylvie PERRIN (Centre Léon Bérard), Annie PEYTIER (CH Bayeux), Irène PHILIP (Centre Léon Bérard), Claude PIOT-BOISSIER (Hôpital Edouard Herriot), Ismael RIDA-CHAFI (CHU Poitiers), Jessica ROULLEAU (Centre Léon Bérard), Isabelle RUFFIER (Onco 38), Borhane SLAMA (Centre Hospitalier Avignon), Stéphanie TRAGER-MAURY (Centre Hospitalier de Senlis), Pierre VALLESE (Clinique du Parc (Lyon), Philippe VERSCHELDE (Centre Hospitalier de Givors Montgelas), Nathalie VOCANSON (Hospices Civils de Lyon), Hacène ZERAZHI (Centre Hospitalier Avignon).</p> |
| <p>Contributeurs</p> | <p><b>Relecture</b><br/>Soffia ABBIQUI (Réseau Régional de Cancérologie ONCO Nord-Pas-de-Calais), René-Jean BENSADOUN (CHU Poitiers), Olivier BEZY (CHU Clermont-Ferrand), Delphine BONNET (CHU Toulouse), Erwan BORIES (Institut Paoli-Calmettes, Marseille), Anne BOUSSEAU (CHU Poitiers), Françoise CAPRIZ (CHU Nice), Alain COIFFARD (Aix en Provence), Philippe GABELLE (GHM Grenoble), François GUILHOT (CHU Poitiers), Thierry MONTAUT (CHU Nancy), Valérie MOULIN (CHPA Aix en Provence), Valérie POUYSSEGUR (Pôle universitaire Nice), Michel REICH (Centre Oscar Lambret Lille).</p> <p><b>Contributeurs (participants aux ateliers des J2R du 06/12/2012)</b><br/>Joy BACRIE (Toulouse); Jacques BARTHELEMY (Mougins); Tiphane CORNILLON (Saint Etienne); Yves DE MUIZON (Rillieux La Pape); Joël FLEURY ( Clermont Ferrand); Eric KALFA (Saint Jorioz); Donia LASSOUED (Toulouse); Annyck MARION ( CHU Saint Etienne); Sarah MEGHERBI (Saint Etienne); Brigitte MICHEL (Le Havre); Thierry MONTAUT (Nancy); Anny PAROT-MONPETIT (Vannes); Christine PREAUBERT (Caussade); Nathalie STEINER COLLET (Genève); Stéphanie TRAGER (Senlis).</p>   |

# URGENCES CHEZ LE PATIENT ATTEINT DE CANCER



Version validée 07/12/2012

## Justification/Sommaire du référentiel

Les patients atteints de cancer sont particulièrement fragiles du fait de leur maladie cancéreuse et des traitements qui leur sont délivrés.

Sous la thématique « Urgences chez le patient atteint de cancer » sont regroupées des situations cliniques présentant un risque vital ou des séquelles si des mesures thérapeutiques ne sont pas mises en œuvre rapidement.

Ce référentiel **s'adresse** aux médecins généralistes et aux équipes médicales des services d'urgence.

*Les directives anticipées des patients doivent être prises en compte lors de la prise en charge du patient.*

|                                    |                  |
|------------------------------------|------------------|
| <b>Syndrome confusionnel</b> ..... | <b><u>4</u></b>  |
| <b>Syndrome occlusif</b> .....     | <b><u>13</u></b> |
| <b>Transfusion</b> .....           | <b><u>20</u></b> |



Version validée 07/12/2012

## Syndrome confusionnel

## Définitions et symptomatologie

### Définitions

**Dysfonctionnement cérébral global, non spécifique, souvent transitoire et réversible, témoignant d'une souffrance cérébrale secondaire à des processus organiques .**

### Symptomatologie

-Troubles de la **vigilance** et de **l'attention** (obnubilation)

-Troubles **cognitifs** ( mémoire, idées, désorientation temporo-spatiale)

-Troubles du **comportement** qui vont se manifester selon 3 formes cliniques:

- ✓ soit agitation, agressivité : forme agitée
- ✓ soit apathie, somnolence : forme ralentie
- ✓ soit forme mixte ( alternance de forme agitée et ralentie)

-Troubles du **sommeil** : insomnie, inversion du cycle nyctéméral, cauchemars et **onirisme** (hallucinations, illusions, fausses reconnaissances, délire)

**-Début souvent brutal ou rapidement progressif** et **intensité des troubles très fluctuante** et très sensible aux conditions de l'environnement (stimulation)

C'est un syndrome qui peut être réversible s'il est traité **à la fois** de manière symptomatique et étiologique.

**Patient atteint de cancer et présentant un syndrome confusionnel aigu**

\* Principales causes étiologiques  
Annexe 1  
[Page 10](#)

**Examen clinique  
Glycémie capillaire**

Si les causes sont curables dans les 24h à domicile par le médecin généraliste: différer l'hospitalisation

Etiologie organique identifiée (globe urinaire, **fécalome...**) \*?

Evolution de la pathologie cancéreuse?  
Signes localisés de métastases cérébrales?

oui

non

non

oui

**Préconisation**

- Traitement de la cause étiologique
- Prise en charge du syndrome confusionnel [page 8](#)

**Fièvre ?**

**Préconisation**  
Imagerie cérébrale

oui

non

**Préconisation**


- Hémocultures
- Bandelette urinaire
- Ponction lombaire si fièvre inexplicquée et absence de signe de focalisation à l'examen clinique
- Imagerie cérébrale

**Bilan de première intention**  
[Page 7](#)

Si patient sous anticoagulant, penser à faire une imagerie cérébrale



**Patient atteint de cancer et présentant un syndrome confusionnel aigu**


\* Principales causes étiologiques  
Annexe 1  [Page 10](#)


**Bilan de première intention**  
Ionogramme (incluant calcémie corrigée, protéines, créatininémie, urée)  
NFP, bilan de coagulation, bilan hépatique

Perturbation du bilan biologique ?

 Penser aux tests diagnostics avec des antidotes

non  
Identification d'une cause iatrogène \* ?

oui  
**Préconisation**  
• Traitement de la cause  
• Prise en charge du syndrome confusionnel  
 [page 8](#)

oui  
**Préconisation**  
• Réévaluation du traitement du patient  
• Prise en charge du syndrome confusionnel  [page 8](#)

non  
Fièvre ?

oui  
**Préconisation**  
• Hémocultures  
• Bandelette urinaire  
• Radiographie pulmonaire  
• Ponction lombaire si fièvre inexpliquée  
• Imagerie cérébrale

non  
**Préconisation**  
• Imagerie cérébrale  
• Penser à la méningite carcinomateuse (avis spécialisé)

## Prise en charge symptomatique d'un patient atteint de cancer et présentant un syndrome confusionnel aigu

### Préconisations

- Privilégier une prise en charge non médicamenteuse
- Installer en chambre seule et privilégier une présence accompagnante ou soignante apaisante
- Eviter les moyens de contention : si elle est nécessaire, **l'expliquer** à la famille. (cf recommandations HAS)
- Surveiller **l'hydratation**
- Si agitation intense (danger pour le patient et/ ou son entourage): neuroleptiques (halopéridol gouttes...)
- Eviter les benzodiazépines quelque soit le terrain et l'hydroxyzine chez les personnes âgées.
- Si hospitalisation du patient nécessaire: privilégier la filière du patient (service **d'oncologie** ou de médecine où le patient est connu) ou unité **d'hospitalisation** de courte durée (UHCD) dans **l'attente** de mutation vers un service de la filière du patient.



# Annexes

## Annexe 1 : Principales étiologies organiques



Si syndrome douloureux : rechercher la cause de cette douleur

### Globe urinaire, fécalome

**Causes métaboliques :** hyponatrémie, hypercalcémie, hypoglycémie

### Tumeurs parenchymateuses ou méningées

#### Infections du système nerveux

(abcès, méningites, encéphalites, méningo-encéphalites)

#### Infections systémiques (« sepsis »)

#### Pathologies vasculaires du système nerveux

(hématome intracérébral, hémorragie sous arachnoïdienne, hématomes sous et extraduraux, accident vasculaire cérébral ischémique éventuellement favorisé par CIVD ou endocardite non infectieuse)

#### Syndromes paranéoplasiques à expression neurologique, fièvre paranéoplasique

#### Epilepsie

(le cas échéant liée à une des pathologies ci-dessus citée)

Autres décompensations: syndrome démentiel méconnu et exacerbé par une affection aiguë, tableau de pseudoconfusion, torpeur, sidération, agitation...)

## Annexe 2 : Principales causes iatrogènes

| Traitements médicamenteux symptomatiques   | Traitements spécifiques des cancers  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opioides</li> <li>• Benzodiazépines</li> <li>• Antidépresseurs</li> <li>• Neuroleptiques</li> <li>• Corticostéroïdes</li> <li>• Anticholinergiques</li> <li>• Antiépileptiques</li> <li>• Antihistaminiques</li> <li>• Agonistes dopaminergiques</li> <li>• Fluoroquinolones</li> <li>• Antifongiques</li> <li>• ...</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciclosporine A</li> <li>• Méthotrexate</li> <li>• Aracytine</li> <li>• 5 fluorouracil</li> <li>• Ifosfamide</li> <li>• Cisplatine</li> <li>• Vincristine</li> <li>• Procarbazine</li> <li>• L asparaginase</li> <li>• Agents alkylants</li> <li>• Interférons</li> <li>• ...</li> </ul> |

## Bibliographie

- HAS. Recommandation : Confusion chez la personne âgée : prise en charge initiale de **l'agitation**. Mai 2009
- Référentiel AFSOS: « Confusion mentale en cancérologie », décembre 2011  
[http://www.afsos.org/IMG/pdf/confusion\\_mentale\\_en\\_cancerologie.pdf](http://www.afsos.org/IMG/pdf/confusion_mentale_en_cancerologie.pdf)



Version validée 07/12/2012

## Syndrome occlusif

## Diagnostic

### 3 signes cliniques sur 6 :

- Vomissements de stase : au moins 2/jour
- Coliques abdominales (douleurs abdominales avec accès douloureux)
- Absence de gaz
- Absence de matières fécales depuis plus 3 jours (TR élimine le fécalome)
- Météorisme abdominal
- **Signes d'occlusion à la radiographie abdominale sans préparation :**
  - Distension intestinale associée à des niveaux liquides

**Patient atteint de cancer et présentant syndrome occlusif**

**Démarche étiologique**

Eliminer une occlusion fonctionnelle

**Annexe 1**  [page 18](#)

**Bilan :**

- Ionogramme complet incluant calcémie, créatinine et urée
- Radiographie ASP
- Scanner en urgence (à discuter si carcinose connue)

**Concertation pluridisciplinaire médico-chirurgicale**

Indication chirurgicale ?

oui

non

- **Lésion tumorale ou bénigne: brides, grêle radique**
- **Occlusion non néoplasique**
- **Perforation**
- **Volvulus aigu**
- **Obstacle bien identifié non accessible à une prothèse endoscopique**

- **Indication de prothèse ?**
- **Occlusion intestinale mécanique non résécable dont carcinose péritonéale**
- **Plusieurs niveaux de sténose**
- **Envahissement racine mésentère**
- **Mauvais état général du patient**
- **Refus du patient**

**Prise en charge du syndrome occlusif** 

[Page 16](#)



## Prise en charge d'un patient atteint de cancer et présentant un syndrome occlusif

Vomissements incoercibles ?

oui

non

### Préconisation

Sonde nasogastrique si occlusion haute (la sonde doit rester en place le moins longtemps possible)

### Préconisation :

- Patient à jeun et réhydratation parentérale
- Antalgiques y compris morphiniques
- Corticoïdes: Méthylprednisolone 1 à 4 mg/kg/24h en IV ou SC pendant 3 à 5 jours
- Antiémétiques: Halopéridol 1 à 5 mg/8h ou 12h en SC ou IV (hors AMM) **ou** chlorpromazine 25 à 50 mg/8h à 12h en IV ou SC **ou** dropéridol 2,5 à 5 mg/j en continu en IV ou SC
- Anti sécrétoires anticholinergiques: Butylbromure de scopolamine 40 à 120 mg/j en SC ou IV
- Anti sécrétoire gastrique: IPP en IV



Les antiémétiques prokinétiques :  
- Métoclopramide : contre indiqué  
- Sétrons : non indiqués



**Si le patient est pris en charge dans une structure de coordination de soins (réseaux de soins ou HAD) et avec l'accord du patient et/ou sa famille, et du médecin traitant; et en dehors de toute autre détresse : possibilité de prise en charge de la récurrence du syndrome occlusif à domicile (surveillance médicale et ionogramme )**

# Annexes

## Annexe 1 : Causes fonctionnelles d'obstruction intestinale

### Troubles de la motricité intestinale par iléus fonctionnel favorisé par:

- Infiltration maligne du mésentère ou des couches musculaires intestinales ou des nerfs du plexus coéliquaue
- Neuropathie paranéoplasique (cancer du poumon)
- Troubles métaboliques: hypokaliémie, hypercalcémie, acidose, insuffisance rénale
- Troubles endocriniens : hypothyroïdie, hyperparathyroïdie
- Médicaments : opiacés, psychotropes, vincaalcaloïdes (vincristine, vindésine, vinorelbine, vinblastine, vinflunine)
- Affections satellites: foyer septique intrapéritonéal, pancréatite aiguë, colique néphrétique...

### Constipation:

Elle peut entraîner un état subocclusif, son traitement préventif est indispensable surtout en cas de traitement prolongé par des opiacés, psychotropes; un alitement prolongé ou des apports hydriques et alimentaires insuffisants

## Bibliographie

- Recommandations de la SFAP. Occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : recommandations de bonnes pratiques cliniques 2012.
- LAVAL G. et al. La prise en charge des occlusions sur carcinose péritonéale. Hépatogastro 2007, 14(6) : 465-473.
- RIPAMONTI C. et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. Support Care Cancer 2011, 9: 223-233.
- NCCN Guidelines version 2.2012. Palliative care.  
[http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/palliative.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf)



Version validée 07/12/2012

## Transfusion



## Transfusion

### Table des matières

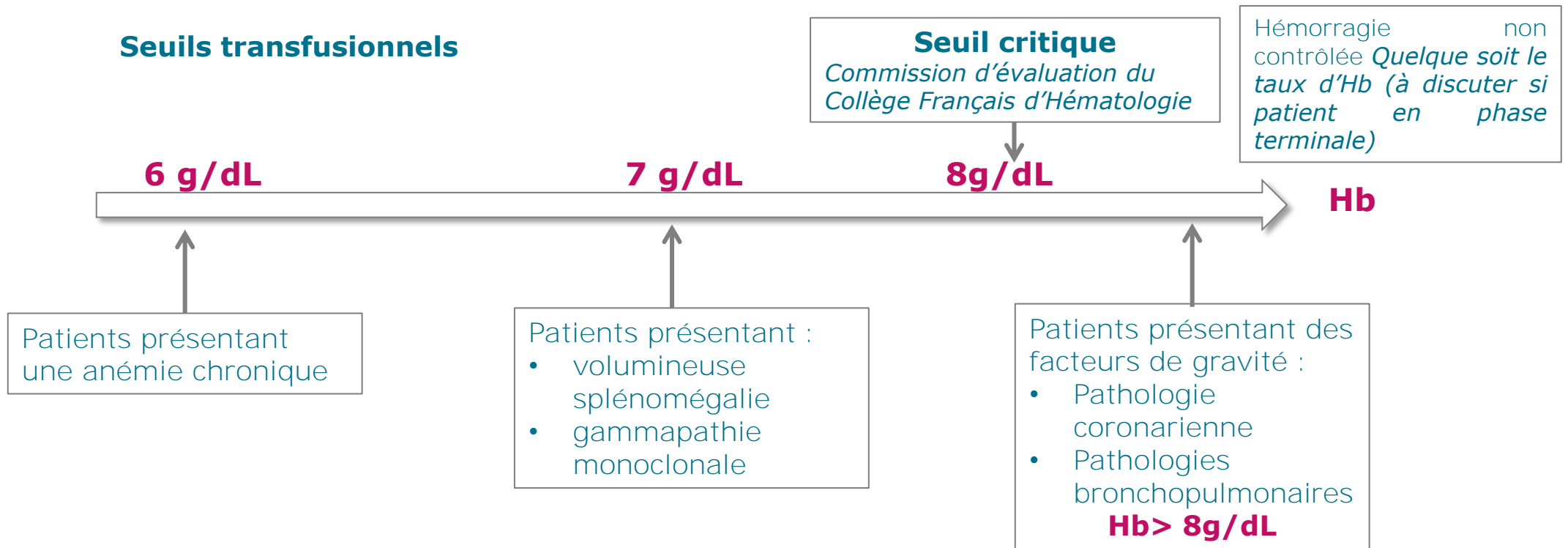
|   |                    |
|---|--------------------|
| Transfusion de Concentrés de Globules Rouges.....                           | <a href="#">22</a> |
| <b>Transfusion en CGR d'un patient atteint de cancer aux urgences</b> ..... | <a href="#">23</a> |
| Transfusion <b>de Plaquettes chez un patient d'onco-hématologie</b> .....   | <a href="#">24</a> |
| Indication transfusionnelle en cas de thrombopénie centrale.....            | <a href="#">25</a> |
| <br>  |                    |
| Annexe : Classification des mucites.....                                    | <a href="#">27</a> |
| Bibliographie.....  | <a href="#">28</a> |

# Transfusion de Concentrés de Globules Rouges

## Rechercher et vérifier :

- Taux d'hémoglobine
- Causes de l'anémie : éliminer une autre cause que la chimiothérapie (hémolyse...)
- Etat clinique du patient
- Signes cliniques associés: fatigue, dyspnée, fièvre
- Antécédents: insuffisance cardiaque, insuffisance coronaire, hémorragie
- Date de la dernière chimiothérapie et historique de la toxicité des chimiothérapies précédentes
- Examen clinique: auscultation, recherche de pétéchies, OAP, fièvre, foyer infectieux
- Le patient est-il sous ASE (agents stimulants l'érythropoïèse) ?

## Seuils transfusionnels





# Transfusion en CGR d'un patient atteint de cancer aux urgences

## Aux urgences:

La transfusion de CGR en services d'urgences devrait être **exceptionnelle**.

La transfusion en structure d'urgence doit être limitée aux situations à risque pouvant faire envisager une hospitalisation immédiate.

Si le patient ne présente pas de signes cliniques ni de critères de gravité: la transfusion doit être programmée en hôpital de jour ou dans un **centre de soins de l'EFS**<sup>1</sup> dès le lendemain. Le service d'urgence peut anticiper en s'assurant que le patient aura bien une carte de groupe sanguin valide et des RAI datant de moins de 3 jours.

<sup>1</sup>: Liste des centres de soins de l'EFS:

<http://www.dondusang.net/rewrite/article/2277/les-activites-de-l-efs/les-centres-de-soins/les-centres-de-soins.htm?idRubrique=915>

# Transfusion de Plaquettes chez un patient d'onco-hématologie

## Rechercher et vérifier

- Taux de plaquettes
- Causes de la thrombopénie et rapidité de l'installation de la thrombopénie
- Signes cliniques associés: fatigue, dyspnée, fièvre
- Date de la dernière chimiothérapie et historique de la toxicité des chimiothérapies précédentes
- Examen clinique: recherche de saignements (voile du palais, gingivorragies), pétéchies, fièvre, foyer infectieux
- Le patient est-il sous anticoagulant ou anti-agrégant ?

## Transfusion curative si:

- Hémorragie extériorisée quelque soit le siège
- Purpura pétéchial et ecchymotique extensif
- Hématome extensif, douloureux ou compressif
- **Hémorragie rétinienne visible au fond d'œil, bulle hémorragique buccale**
- Déglobulisation rapide
- Troubles de la conscience, trouble visuel brutal, céphalées persistantes, autres signes neurologiques focalisés **d'apparition brutale (suspicion d'hémorragie cérébrale)\***

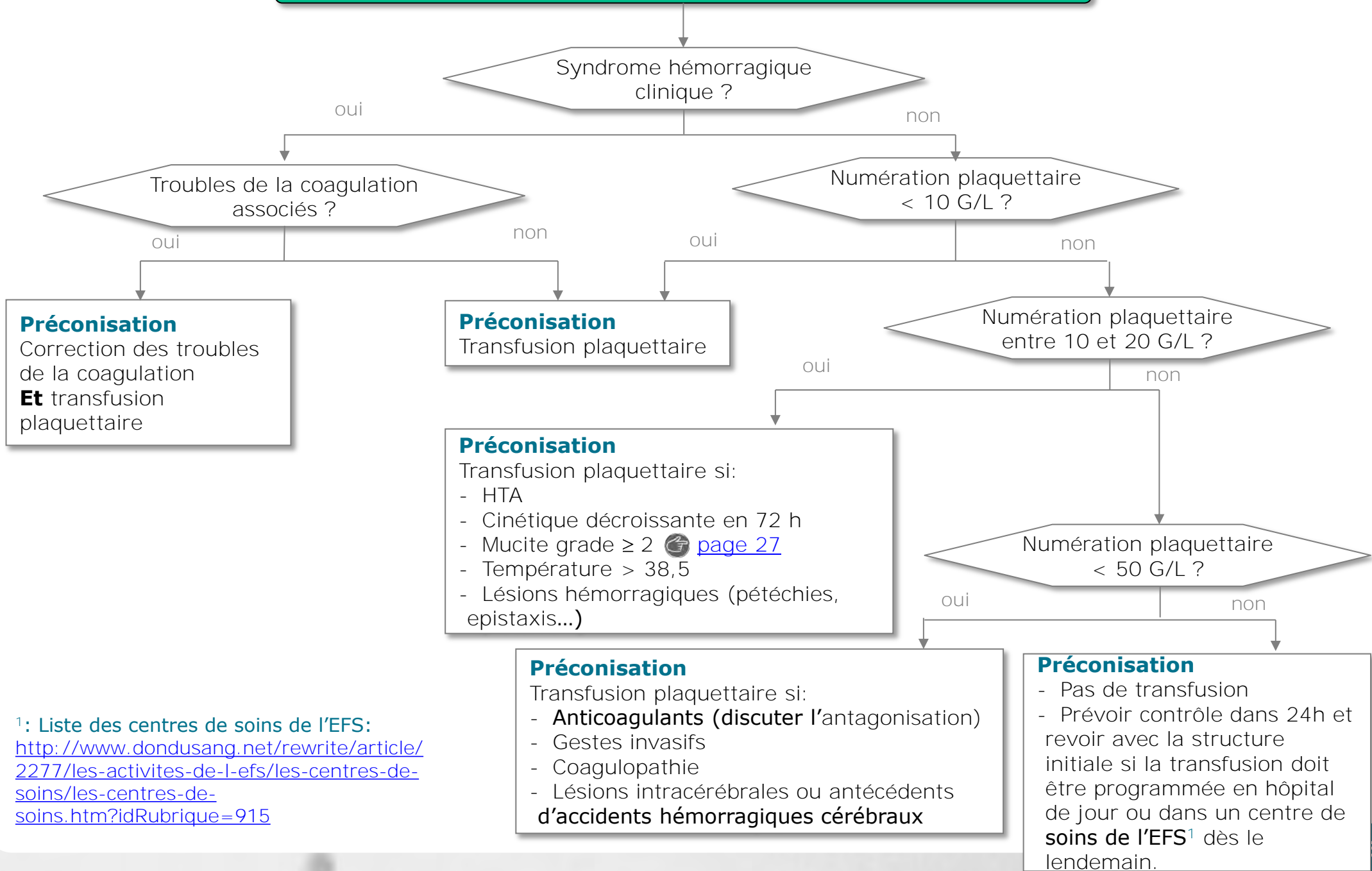
**Aux urgences**, un avis spécialisé peut être nécessaire pour les patients greffés, allo-greffés ou en attente de greffe avec Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI) positive:

- demander l'avis au centre de transfusion qui peut retracer l'historique des prises en charge au sein d'une même région.
- **Si le patient est originaire d'une autre région: appeler la structure d'origine du patient.**

NB: astreinte téléphonique des centres de transfusion EFS 24h/24h

\* Demander scanner cérébral. **Si pas d'accès au scanner ou délai > 1h: ne pas retarder la transfusion**

**Indication transfusionnelle en cas de thrombopénie centrale**



1: Liste des centres de soins de l'EFS:  
<http://www.donusang.net/rewrite/article/2277/les-activites-de-l-efs/les-centres-de-soins/les-centres-de-soins.htm?idRubrique=915>

# Annexes

## Classification des mucites

|                |   |
|----------------|---|
| <b>Grade 0</b> | Sans atteinte                                   |
| <b>Grade 1</b> | Douleur, érythème                               |
| <b>Grade 2</b> | Erythème, ulcères, alimentation solide possible |
| <b>Grade 3</b> | Ulcères, alimentation liquide seule possible    |
| <b>Grade 4</b> | Alimentation per os impossible                  |

## Bibliographie

- Recommandations AFSSAPS. Transfusion de plaquettes: produits, indications. Juin 2003
- Recommandations AFSSAPS. Transfusion de globules rouges homologues. Argumentaire en hématologie et en oncologie: produits, indications, alternatives. Aout 2002.
- NCCN Guidelines. Cancer- and chemotherapy- induced anemia. Version 1.2013.  
[http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/anemia.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/anemia.pdf)
- Référentiel AFSOS. Anémie et cancer. Mars 2012. <http://ftp.comm-sante.com/SB/anemieetcancer.pdf>