

Syndrome de lyse tumorale

ESC_HE_002_Overview

Aperçu général

Durée du scénario : 12 à 15 minutes.

Public cible : Étudiants de médecine, internes et résidents.

Résumé : Patient de 42 ans, suivie pour LAM, sous chimiothérapie. Il présentera un syndrome de lyse tumorale clinique et biologique.

Objectifs critiques :

- Poser le diagnostic positif d'un syndrome de lyse tumorale,
- Entreprendre les mesures thérapeutiques initiales,
- Considérer les investigations complémentaires,
- Connaître les principes du traitement spécifique,
- Chercher les signes de gravité.

Syndrome de lyse tumorale

ESC_HE_002_Briefing

Signes fonctionnels

Patient(e)	:	42 ans, sexe masculin
Data	:	Poids = 66 Kg, Taille = 176 cm
SF	:	asthénie intense
Début	:	Rapidement progressif
Signes associés	:	crampes musculaires, parésie, vomissements, diarrhées
Mode d'admission	:	ramené par sa famille
Signes critiques	:	urines rares, confusion

Antécédents

Médico-chirurgicaux	:	LAM, induction CTH depuis 20 jours sans incidents
Toxiques	:	RAS
Allergies	:	RAS

Signes physiques

Fonction respiratoire	:	FR = 24 c/min, pas de cyanose, pas de SLR, auscultation PP normale, SpO2 = 95%			
Fonction circulatoire	:	FC = 96 bpm, PA = 100/60 mmHg, pâleur intense, auscultation cardiaque normale			
Fonction neurologique	:	GCS = 14/15, pas de déficit, pupilles isocores réactives, pas de convulsion			
Examen somatique	:	Hépato-splénomégalie, rash cutané, ADP			
Glycémie	:	2,1 g/L	Température	:	37,6 °C

Syndrome de lyse tumorale

ESC_HE_002_Scénario

Check-list

Équipement	Drogues
<input type="checkbox"/> Réanimation respiratoire	<input type="checkbox"/> Allopurinol
<input type="checkbox"/> Réanimation hémodynamique	<input type="checkbox"/> Rasburicase
<input type="checkbox"/> Chariot d'urgence	<input type="checkbox"/> Cytoréducteur Hydrea®
<input type="checkbox"/> Chariot de soins	<input type="checkbox"/> Cytoréducteur Aracytine®
<input type="checkbox"/> Moniteur multiparamétrique	<input type="checkbox"/> Kayexalate
	<input type="checkbox"/> Furosémide
	<input type="checkbox"/> Salbutamol
	<input type="checkbox"/> Bicarbonate
	<input type="checkbox"/> Furosémide

Préparation du simulateur

- Simulateur HF, sexué masculin ou patient standardisé
- Voie veineuse périphérique
- Vêtements simples, mouillés de sueurs

Formateurs

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Instructeur 1 : | technicien aux manettes |
| <input type="checkbox"/> Instructeur 2 : | briefing et debriefing |
| <input type="checkbox"/> Instructeur 3 : | debriefing |
| <input type="checkbox"/> Facilitateur 1 : | senior de garde |
| <input type="checkbox"/> Facilitateur 2 : | mère du patient (interrogatoire) |

Syndrome de lyse tumorale

ESC_HE_002_Scénario

Baseline

FR = 24
SpO₂ = 95
EtCO₂ = 30

FC = 96
PA = 100/60
ECG = hyperkaliémie

AEG
GCS = 13/15

Interventions

TTT
Convulsions

RAS

FC = 140
PA = 70/40
SpO₂ = 90%

TTT
Tachycardie
ventriculaire

Non



Oui



Syndrome de lyse tumorale

ESC_HE_002_Programmation

Baseline

FR = 24 c/min, SpO₂ = 95%, pas de râles

FC = 96 bpm, PA = 100/60

EtCO₂ = 30 mmHg

Critical

Convulsion tonico-clonique généralisée

Tachycardie ventriculaire mal tolérée

Landing

FR = 12 c/min, SpO₂ = 97%, pas de râles

FC = 120 bpm, PA = 110/70 mmHg

EtCO₂ = 30 mmHg

Stabilisation hémodynamique et respiratoire

Syndrome de lyse tumorale

ESC_HE_002_Debriefing

Fiche

- Le syndrome de lyse tumorale (SLT) est la conséquence de la destruction massive de cellules tumorales, conduisant au relargage dans la circulation des composés intracellulaires,
- Le risque majeur étant l'insuffisance rénale aiguë soit par précipitation de cristaux phosphocalciques, soit par néphropathie uratique,
- Les manifestations cliniques peuvent être : une insuffisance rénale et/ou arrêt cardiaque et/ou convulsions et/ou troubles métaboliques symptomatiques,
- Les manifestations biologiques sont liées au relargage des composés intracellulaires (hyperphosphatémie, hyperkaliémie, hyperuricémie), à la précipitation des cristaux d'acide urique ou phosphocalcique (hypocalcémie, insuffisance rénale) et à la dysfonction mitochondriale (acidose métabolique),
- Le syndrome de lyse survient le plus souvent après instauration de la chimiothérapie mais peut-être spontané dans près d'un tiers des cas. Les facteurs de risque usuels sont les tumeurs à temps de doublement rapide (hémopathies de haut grade notamment), la masse tumorale élevée, ou une insuffisance rénale préalable,
- La prévention ou le traitement de l'insuffisance rénale aiguë est la pierre angulaire de la prise en charge du syndrome de lyse. La prévention de l'insuffisance rénale repose sur le maintien d'une diurèse abondante par remplissage vasculaire, l'utilisation d'urate oxydase (rasburicase), le recours rapide à l'épuration extra-rénale et le traitement étiologique de la masse tumorale : cytoréduction prudente (par myélosupresseurs oraux dans le cas d'hémopathies myéloïdes aigues, corticoïdes et/ou en fractionnant la chimiothérapie IV),
- Chez les patients à haut risque, la surveillance clinique et biologique rapprochée est un élément central de la prise en charge. Le SLT est une urgence thérapeutique.

Objectifs techniques

- Poser le diagnostic positif d'un syndrome de lyse tumorale,
- Entreprendre les mesures thérapeutiques initiales,
- Considérer les investigations complémentaires,
- Connaître les principes du traitement spécifique,
- Chercher les signes de gravité.

CRM

- Teamwork
- Leadership
- Communication
- Anticipation
- Workload

	Résultat	Références
Hématies	2.1 $10^6/\mu\text{L}$	(3.50-5.30)
Hémoglobine	5.7 g/dL	(10.9-13.7)
Hématocrite	17.8 %	(34.0-40.0)
VGM	80.3 fl	(73.0-86.0)
CCMH	32.6 g/dL	(32.0-36.0)
Leucocytes	238.100 $10^3/\mu\text{L}$	(7.00-12.00)
Neutrophiles	52.0 %	
Soit	120.72 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-6.00)
Eosinophiles	0.6 %	
Soit	0.06 $10^3/\mu\text{L}$	(0.05-0.30)
Basophiles	0.5 %	
Soit	0.01 $10^3/\mu\text{L}$	(< 0.01)
Lymphocytes	10.5 %	
Soit	84.0 $10^3/\mu\text{L}$	(3.50-5.00)
Monocytes	6.0 %	
Soit	0.55 $10^3/\mu\text{L}$	(0.10-1.00)
Plaquettes	65 $10^3/\mu\text{L}$	(150-400)

Hémostase

	Résultat	Références
Temps de Quick Patient	14.3 sec	
Taux de prothrombine	67 %	(70-140)
INR		
TCA		
Temps témoin	30 sec	
TCA		
Temps patient	42 sec	(25.0-35.0)
Fibrinogène	3.8 g/L	(2.00-4.00)

Ionogramme

	Résultat	Références
Sodium (Na⁺)	140 mmol/L	(135-145)
Potassium (K⁺)	6,9 mmol/L	(3.5-5.5)
Chlore (Cl⁻)	103 mmol/L	(100-105)
Glycémie	1.10 g/L	(0.70-1.10)
Urée	1.40 g/L	(0.10-0.50)
Créatinine	30 mg/L	(6-12)
GOT (ASAT)	80 UI/L	(< 35)
GPT (ALAT)	70 UI/L	(5-40)
Albumine	30 g/L	(35-55)

Ionogramme

	Résultat	Références
Calcium (Ca^{2+})	50 mg/L	(90-105)

Ionogramme

	Résultat	Références
Acide urique	125 mg/L	(35-70)

Ionogramme

	Résultat	Références
Phosphore	90 mg/L	(30-50)

Ionogramme

	Résultat	Références
LDH	2400 UI/L	(190-400)

Gaz du sang

	Résultat	Références
pH	7.28	(7.35-7.45)
CO ²	30 mmHg	(35-45)
HCO ₃ ⁻	18 mmol/L	(22-26)
PaO ²	95 mmHg	(> 85)
SaO ²	90 %	(95-100)
Lactates	2 mmol/L	(< 2)

Radiographie du poumon



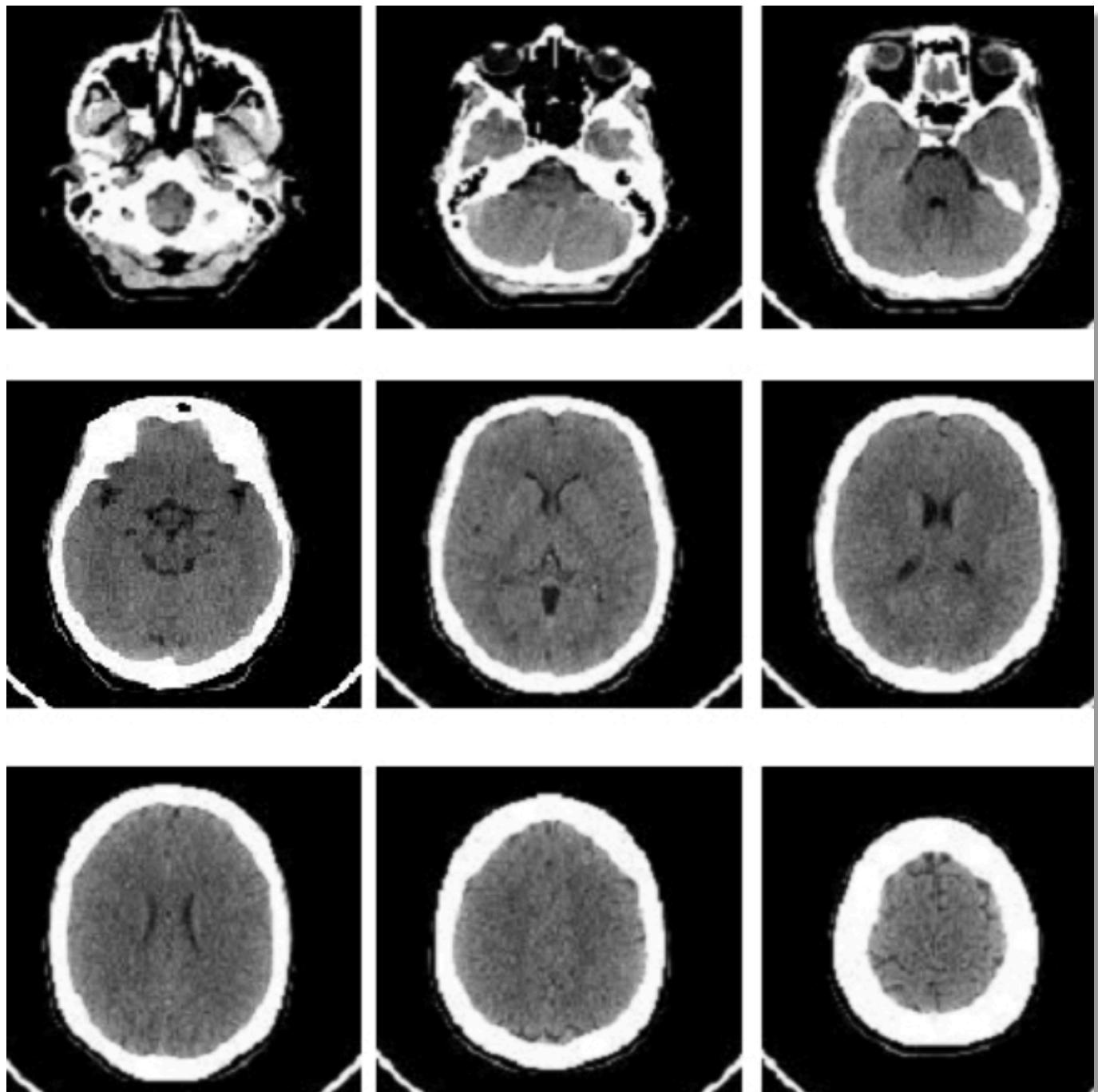
Échographie abdominale



Interprétation :

Echographie abdominale normale

TDM Cérébrale



Interprétation :

Discret œdème cérébral.

