

Urgences en radiothérapie

Catherine Durdux

Y a –t-il des urgences en radiothérapie ?

- Pas d'urgences vraies
- MAIS traitement rapide : situation souvent prévisible
- Essentiellement dans un cadre palliatif
 - décompressif
 - antalgique
 - hémostatique

Dans le cadre de l'urgence, quelques questions préalables :

- Quelle est son espérance de vie : le patient va-t-il terminer la radiothérapie ?
- Est-ce utile pour sa qualité de vie ?
- Quel centre de radiothérapie : limiter les transports ++
- L'irradiation est-elle techniquement possible ?
 - décubitus (orthopnée ...)
 - immobilité (douleur, confusion...)
- Le patient a-t'il déjà été irradié à ce niveau ? : dossier technique antérieur
- Le patient reçoit-il un traitement général incompatible avec la radiothérapie ?

En situation urgente palliative, favoriser un traitement simple

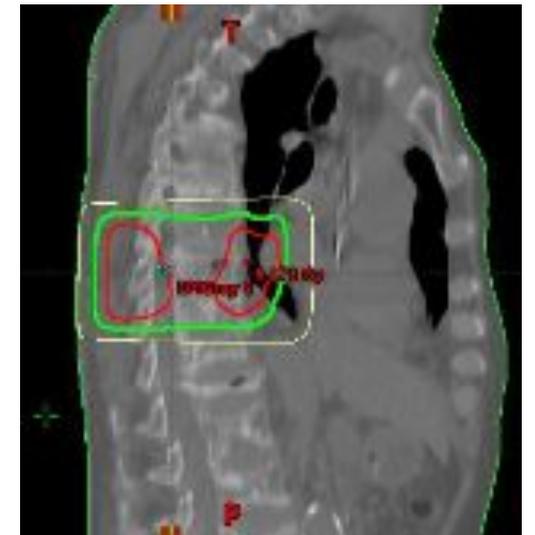
- Peu d'examens invasifs préalables
- Regrouper les rendez-vous
- Avec un confort approprié ; si patient algique : prévoir une prémédication
- Scanner dosimétrique rapide sans injection
- Dosimétrie rapide MAIS de qualité : 3D en règle mais RCMI et SBRT possibles
- Informer le patient des effets indésirables
- Prévoir un suivi médical pour juger de la palliation

En situation urgente palliative, favoriser l'hypofractionnement

- Limiter les allées et venues et l'inconfort des séances
- Obtenir rapidement la palliation
- Le choix du nombre de séances (et de la dose par séance) dépend
 - De la taille du volume irradié
 - Des organes à risque
 - D'une éventuelle irradiation préalable
- Les schémas les plus volontiers utilisés
 - 1 X 8 Gy
 - 5 x 4 Gy (5 jours)
 - 10 X 3 Gy (12 jours)
 - 2 X 2 Gy pour les lymphomes

Quelles situations cliniques (1) ? : La compression médullaire

- la seule vraie urgence
- les pièges : éliminer
 - une indication chirurgicale
 - une « histologie chimiocurable » : lymphomes ++
 - un déficit complet installé depuis plusieurs jours
- corticothérapie
- antalgiques si besoin
- suivi neurologique



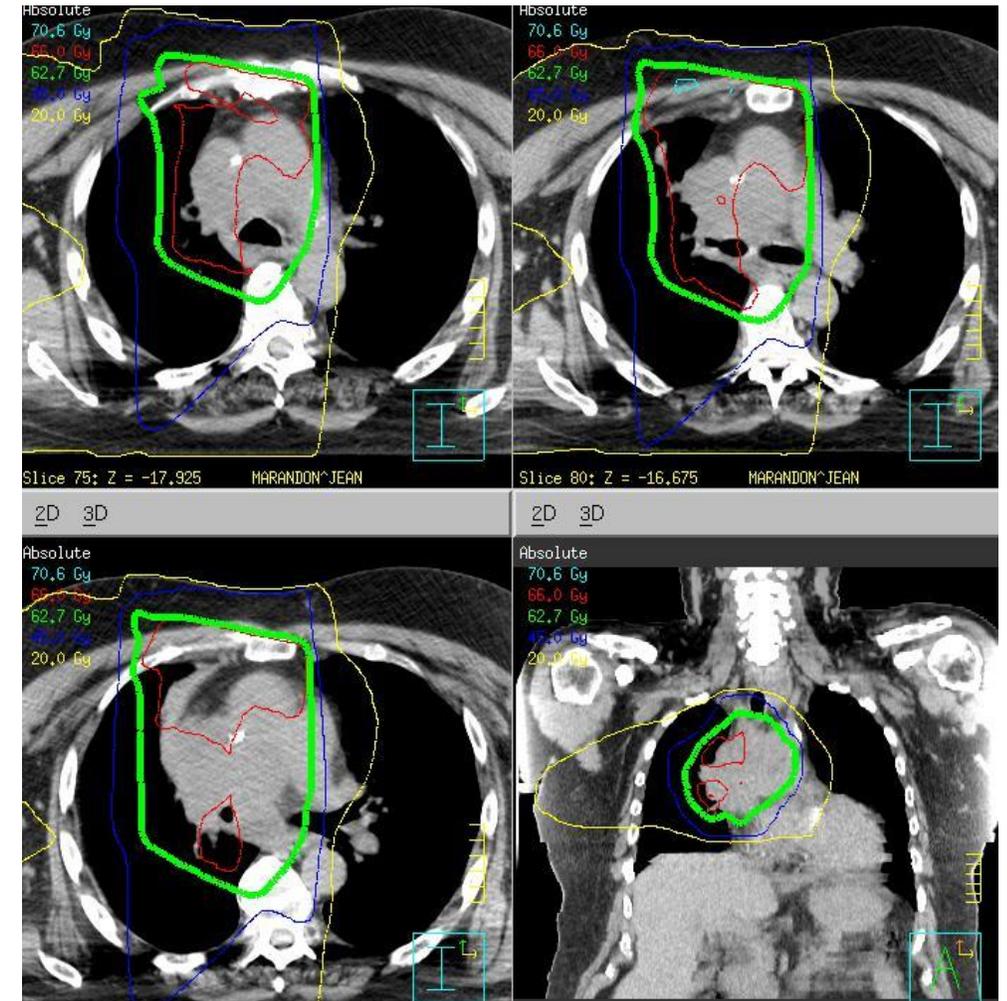
Quelles situations cliniques (2) ? : Les métastases osseuses douloureuses

- éliminer un risque fracturaire requérant un geste orthopédique
- discuter une cimentoplastie préalable
- antalgiques et bisphosphonates
- position CONFORTABLE +++ / prémédication



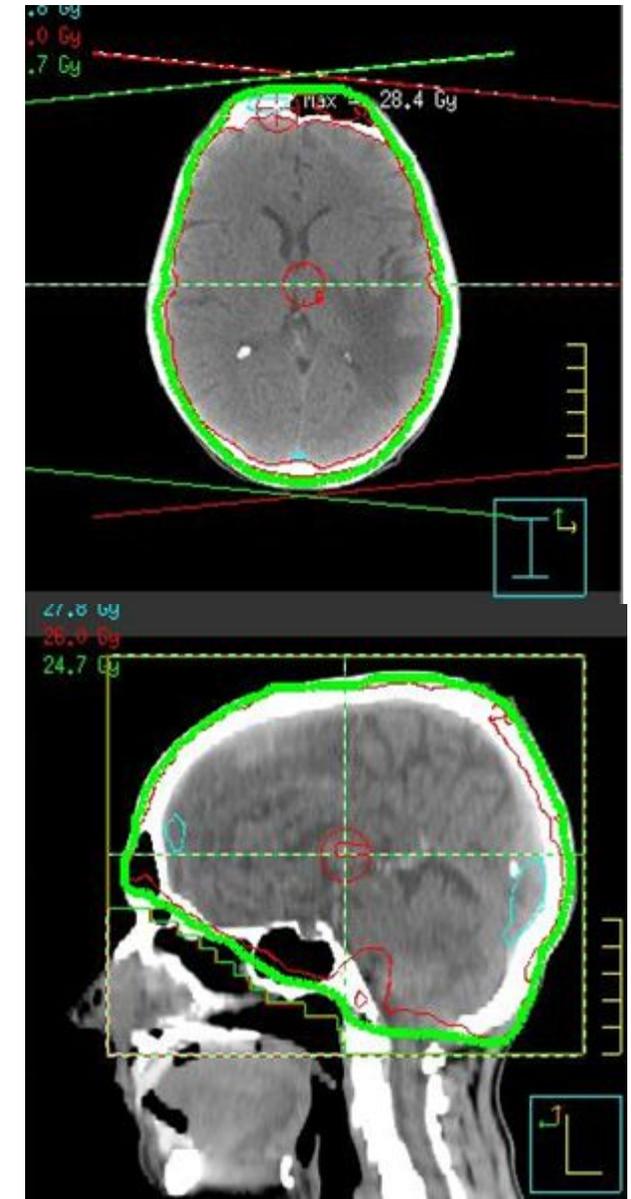
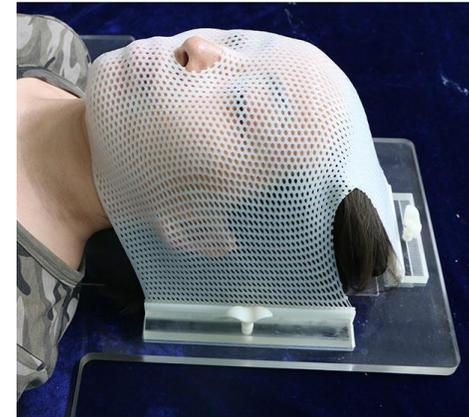
Quelles situations cliniques (3) ? : Le syndrome cave supérieur

- en cas d'échec d'un stent cave
- les pièges : éliminer
 - une histologie « chimiocurable » : lymphomes et tumeurs germinales
 - l'impossibilité au décubitus (orthopnée)
- corticothérapie et anticoagulants
- tenir compte du volume pulmonaire irradié
- fractionnement et dose selon l'histologie



Quelles situations cliniques (4) ? : Les métastases cérébrales symptomatiques

- les pièges : éliminer
 - l'AVC ou autres lésions cérébrales non métastatiques
 - la métastase unique :
 - discuter la chirurgie ou
 - la radiothérapie en conditions stéréotaxiques
 - les métastases non symptomatiques
 - l'atteinte méningée
 - l'impossibilité à l'immobilité (confusion)
 - corticothérapie
 - scores RPA ou DS-GPA
 - fractionnement selon l'œdème péri-lésionnel
- attention au risque d'HTIC : hospitalisation éventuelle
- information sur l'alopécie



Quelles situations cliniques (5) ? : la radiothérapie hémostatique

- En cas d'échec d'une embolisation ou d'une hémostase endoscopique
- Transfusions associées
- Bien tenir compte du contexte pour le choix de la technique et du fractionnement
 - Situation curative : ex des cancers du col
 - Situation palliative : ex des cancers de vessie ou de l'estomac

Conclusions

- Anticiper l'organisation
- En situation palliative privilégier la qualité de vie et l'hypofractionnement
- Ne pas bâcler l'information au patient malgré le caractère urgent
- Vérifier l'obtention de l'efficacité