

URGENTELE SI COMPLICATIILE IN CANCER

**REPREZINTA SINDROAME SI MANIFESTARI
CE POT FI O CAUZA MAJORA DE MORBIDITATE, DAR,
IN UNELE CAZURI, POT AVEA POTENTIAL LETAL
LA PACIENTII ONCOLOGICI.**

**RECUNOASTEREA SEMNELOR SI SIMPTOMELOR ACESTOR
MANIFESTARI TREBUIE SA FIE RAPIDA IN VEDEREA INSTITUIRII
URGENTE A TRATAMENTULUI!**

SINDROMUL DE COMPRESIUNE A VENEI CAVE SUPERIOARE (SCVCS)

ETIOLOGIE

Compresia

Invazia / Venei cave superioare

Tromboza

Fibroza

>80% din cazurile de SCVCS

sunt responsabile

Cancere bronho-pulmonare-80%

**Limfoame-10%(maj. LimfoameNH cu grad crescut de
malignitate)**

Tumori mediastinale-5%

Alte etiologii-5%

Metastaze(cc.san,cc.testicular), Sarcoame

**Etiologie benigna –fibroza mediastinala,
tromboza VCS, tumori mediastinale benigne**

Simptomatologie

Dispneea asociata cu obstructie bronsica sau traheala

**Edem progresiv cervical, facial si al bratelor,
accentuat matinal, exacerbat de aplecarea in fata
sau decubitul dorsal-"edem in pelerina"**

Tuse

Cefalee

Tulburari de vedere

Durere toracica

Halucinatii

Disfagie

Clinic

Jugulare turgescente, fixe, nepulsatile

Circulatie venoasa superficiala accentuata la nivelul peretelui toracic anterior si lateral

Facies pletoric

Cianoza

Edem al extremitatilor superioare

Sd. Claude Bernard Horner

(mioza, enoftalmie, ptoza palpebrala sup.)

Disfonie

Explorari paraclinice

Radiografia toracica
standard –
prezenta tumorii sau
adenopatiilor
paratraheale dr.;
>80% din cazuri-
anormala

Explorari paraclinice

**Tomografia
computerizata
torace(CT)-evidentiaza
nivelul si gradul de
obstructie**

Explorari paraclinice

RMN

Bronhoscopia-esentiala daca Rgr.sugereaza un CBP

Mediastinoscopia cu biopsie

Toracotomia minima sau toracoscopia

Citologia sputei, citologia lichidului pleural

Tratament

Oxigenoterapie —pentru dispnee,hipoxie

Furosemid 20-40mg i.v.- pentru reducerea edemului

Corticoterapia-reduce edemul cerebral,amelioreaza obstructia

(Dexametazona 16mg/zi i.v./H.Hidrocortizon 100-500mg/zi)

Tratament oncologic

-Radioterapie-urgenta-3x4Gy; Chimioterapie

Plasarea unui stent- ameliorare rapida-in 90% din cazuri ,fiind tratamentul de electie

Decompresiunea chirurgicala —in obstructia acuta

SINDROMUL DE COMPRESIUNE MEDULARA(SCM)

Este o urgenta oncologica!

**Intarzierea dg.si tratamentului poate duce la
paralizie ireversibila !**

**Survine la 1-5% din cancererele sistemice cand
tumora primara sau metastazele determina
compresiune spinala cu deficit neurologic**

**Se datoreaza in special metastazelor
extradurale(95%)care invadeaza coloana
vertebrala**

Cauze

Frecvente:

Cancerul mamar

Cancerul prostatei

Cancerul pulmonar

Mielomul multiplu

Limfoame

Cauze

Mai puțin frecvente:

Cancerul tiroidian

Cancerul renal

Cancerul vezicii urinare

Cancerul colonului

Melanomul

Tumori primare osoase

SIMPTOMATOLOGIE

Durere in spate sau radiculara in >90% din cazuri,

modificari senzoriale,

preced cu saptamani /luni simptomele neurologice ;

este accentuata de miscare,decubit dorsal,tuse,stranut , incordarea musculaturii

SIMPTOMATOLOGIE

Deficit neurologic-parapareza sau chiar paraplegie(compres.dorsala sau lombara)-

Manifestari la nivelul coloanei

- dorsale-70%;**
- lombo-sacrate-20%**
- cervicale-10%**
- multifocale- 10-40%**

Simptomatologie

Tulburari de mers

Retentie de urina

Constipatie

Tulburari sfincteriene

Modificari de reflexe

EXAMEN CLINIC SI NEUROLOGIC

Evaluarea deficitului senzorial si motor

Flexia pasiva a gatului

Ridicarea membrelor inferioare intinse

**Tuseu rectal- pentru evaluarea tonusului
sfincterian**

Percutie usoara a coloanei vertebrale

COMPLICATII

**Daca apar aceste simptome,in lipsa
tratamentului,compresiunea medulara
progreseaza rapid,determinand paralizie
ireversibila in cateva ore/zile !**

COMPLICATII

Sindromul cozii de cal-compresiune la nivelul L1-L2: -durere sciatica

-disfunctie vezicala cu retentie/incontinenta urinara,

-impotenta

-anestezie sacrala

-pierderea tonusului sfincterului anal

-astenie

Clinic

Durere la nivelul vertebrei implicate

Astenie musculara

Spasticitate

Tulburari senzoriale

Reflexe osteo-tendinoase anormale

Glob vezical palpabil

Tonus rectal redus

Investigatii imagistice

**Radiografia vertebrala-anomalii osoase-
distructia sau colapsul complet/partial al corpilor
vertebrali,**

prezenta de mase paraspinale de tesut moale

**Tomografia computerizata-informatii despre
spatiul epidural si tesuturile moi din jur**

**RMN-investigatia standard-pentru
diagnosticul si localizarea
compresiunii medulare**

Mielografia

TRATAMENTUL

**viteza este esentiala in managementul
SCM!**

Obiective:

**Recuperarea si mentinerea functiilor
neurologice normale**

Controlul local al tumorii

Stabilizarea coloanei vertebrale

Controlul durerii

Evitarea complicatilor

TRATAMENTUL

**Corticoterapia -Dexametazona i.v.16-20mg
imediat; poate reduce edemul peri-tumoral**

**Radioterapia decompresiva 20-30Gy –in 1-2
sapt.-in tumorile radiosensibile -campurile
reduse ,mai ales la cei cu arii multiple de
compresiune;**

-40Gy in 4 sapt-campurile mai mari

TRATAMENTUL

Chirurgia-interventie de decompresiune in primele 24 ore de la debutul simptomelor – laminectomie,excizia formatiunii tumorale compresive;

-rezectia corpului vertebral urmata de consolidare-in metastazele vertebrale compresive

Chimioterapia-de prima linie numai la pacientii cu tumori foarte chimiosensibile-

limfoame,T.germinale

Indicatiile chirurgiei

Paraplegie instalata acut

Pacientii cu status de performanta bun

Compresie spinala prin fragmente osoase

Tumora nerresponsiva la radioterapie

**Cele mai bune rezultate au fost raportate cu
chirurgie decompresiva urmata de radioterapie**

Tratamentul

Chimioterapia este rar indicata in tratamentul compresiunii medulare

-ex. Tumora primara chimiosensibila ca sarcomul Ewing

De obicei se asociaza cu radioterapia sau poate fi folosita ca o alternativa in cazul contraindicatiilor la alte metode de tratament.

BOALA TROMBOEMBOLICA (BTE)

**Tromboza asociata cancerului-cauza
frecventa de mortalitate!**

Include:

Tromboza venoasa acuta

Tromboza venoasa profunda-20%

Embolia pulmonara

ETIOLOGIE

**Eliberarea de catre tumora a unui factor tisular
cu efect procoagulant,
responsabil de declansarea cascadei de
coagulare extrinseca**

ETIOLOGIE

Riscul de BTE apare in:

**Tumori cerebrale,pancreatice,pulmonare,
prostatice, renale,ovariene**

**Riscul a crescut in ultimii 20 ani si datorita
tratamentelor oncologice:**

-Hormonoterapie(Estrogenii,Tamoxifenul)

**Chimioterapie(5Fluorouracil,Antracicline,
Dacarbazina,s.a.) si,mai ales,**

-Terapia moleculara antiangiogenetica (Avastin)

DIAGNOSTIC

TROMBOZA VENOASA PROFUNDA

edem al intregului membru inferior

edemul gambei

cianoza

vene superficiale colaterale

**induratie pe traiecul de distributie a
sistemului venos profund**

EMBOLIA PULMONARA

SIMPTOMATOLOGIE

Dispnee

Durere toracica

Tuse seaca recenta

EXAMEN CLINIC

Hemoptizie

Semnele vitale-alterate

Nr.respiratii

AV

EXPLORARI PARACLINICE

Rgr.pulmonara

Efuziune pleurala

Atelectazie in banda

**Ascensiunea
diafragmului**

TRATAMENTUL BTE

Heparina cu greutate moleculara mica

Derivati de cumarina:

-doza mica de warfarina care sa mentina un INR1,3-1,9-reduce evenimentele tromboembolice in cancerul mamar, cancerul pulmonar microcelular

Contraindicatii

-sangerare interna activa

-suspiciune de disectie aortica

-hipertensiune arteriala>180/110mmHg

TRATAMENTUL BTE

Tratamentul citostatic al afecțiunii oncologice

Tromboliza-urokinaza

Embolectomie pulmonara

**(chirurgicala)-in tromboembolism pulmonar
masiv**

TRATAMENT

Heparina cu greutate moleculara mica si

Tratamentul trombolitic(urokinaza)

Indicate in:

**-embolie pulmonara cu disfunctie severa
ventriculara dreapta**

-tromboza masiva ilio-femurala dreapta

Insertia de filtru in vena cava superioara

HIPERCALCEMIA

Neoplaziile reprezinta cea mai comuna cauza de hipercalcemie

Rezulta din resorbtia osoasa in exces comparativ cu osteogeneza

In CBP non-microcelulare(epidermoide)-frecventa

HIPERCALCEMIA

Hipercalcemia acuta este o urgenta medicala datorita:

**riscului de deces prin aritmii cardiace
instalarea starii comatoase**

MECANISME :

**Metastazele osoase osteolitice-subst.produce
local stimuleaza activitatea osteoclastelor cu
eliberarea calciului in circulatie**

MECANISME :

**Hipercalcemia paraneoplazica –producerea
unei substante PTH-like**

**(CBP,hipernefrom,
tumori parotidiene)cu**

activitate osteoclastica

**Prostaglandinele si IL2-determina
hipercalcemie prin accentuarea
resorbției osoase**

DIAGNOSTIC

Simptomele depind de nivelul calcemiei:
usoara-intre valoarea sup. a normalului-12,5mg/dl
moderata-12-13,5 mg/dl
severa >13,5 mg/dl

Simptome initiale: nicturia

- polakiuria**
- polidipsia**
- anorexia**
- fatigabilitatea**

DIAGNOSTIC

Ulterior:-iritabilitate

-depresie

-incapacitate de concentrare

-obnubilare pana la coma

In paralel- astenie fizica

-fatigabilitate marcata

-tulburari de vedere

-simptomatologie digestiva

**(greata,varsaturi,dureri abdominale vagi,constipatie,
hipersecretie gastrica,pancreatita)**

BIOLOGIC

Calcemia, fosfatemia, albuminemia

Fosfataza alcalina crescuta in metastazele osoase sau hepatice

Ureea si creatinina crescute-ca urmare a rasunetului renal al hipercalcemiei

ECG

HIPERCALCEMIA

- - scurtarea relativa
a intervalului Q-T
 - prelungirea
intervalului P-R
 - unda T largita la valori
ale $\text{Ca} > 16 \text{mg/dl}$

TRATAMENTUL

Hiperhidratare si diureza salina-pentru a favoriza excretia calciului-

**2-3 litri de ser fiziologic/24 ore i.v.+ KCl
10mEq/**

**dupa corectarea deficitului de fluide-se va administra diuretic-Furosemid 40-80 mg i.v.-
pt.cresterea calciuriei**

TRATAMENTUL

**Bifosfonatii-cel mai eficient tratament al
hipercalcemiei maligne- induc apoptoza in
liniile celulare tumorale,**

- impiedica invazia tumorală si**

- adeziunea la matricea osoasa –Ac.zoledronic**

Scaderea calcemiei apare la 24 de ore

EDEMUL CEREBRAL

Apare datorita metastazelor cerebrale sau tumorilor cerebrale primare

- cefalee**
- tulburari de vedere**
- dificultati de coordonare**
- tulburari motorii**
- hemipareze**
- varsaturi**

EDEMUL CEREBRAL

Explorari paraclinice imagistice

RMN-sensibilitate mai mare decat CT in detectarea metastazelor; determina extensia edemului;

Tomografia computerizata-suficienta pentru detectarea edemului cerebral la cei mai multi pacienti

EDEMUL CEREBRAL

Explorari paraclinice imagistice

Atentie! La un pacient oncologic care are semne neurologice focale, cefalee sau alterarea starii de constienta,

punctia lombara pentru evaluarea unei posibile extensii meningeale se va face numai dupa ce RMN sau CT evidentiaza masa tumorală, schimbarea liniei mediene sau crestere presiunii intracraniene

EDEMUL CEREBRAL

TRATAMENT

**Simptomatic-Dexametazona 10-20mg i.v., apoi
6 mg i.v. / i.m. la 6 ore**

**Invazia celulelor maligne determina eliberarea de
leucotriene si alti mediatorii solubili responsabili de
vasodilatatie, cresterea permeabilitatii capilare si
aparitia edemului.**

**Corticoterapia reduce edemul inhiband conversia
ac.arahidonic in leucotriene,
scazand permeabilitatea vasculara.**

EDEMUL CEREBRAL

TRATAMENT

- Dexametazona -dozele mari-32mg/zi nu mai mult de 48-72 ore; risc de sangerare gastro-intestinala**
- Edem cerebral sever- Manitol 20-25%-250ml in cca.30min., repetat la 6 ore la nevoie.**
- Intubare-pentru a permite hiperventilatia mecanica,ceea ce reduce presiunea bioxidului de carbon la 25-30% ,scazand astfel presiunea intracraniana.**

EDEMUL CEREBRAL

TRATAMENT

Tratamentul tumorilor intracraniene

- Radioterapia- cea mai frecventa**
- Chirurgia-pentru leziunile accesibile**
- Combinatia chirurgie -radioterapia poate creste supravietuirea globala**
- Radiochirurgia stereotactica combinata cu iradierea globala la nivel cerebral**

CONCLUZII

Urgentele in oncologie reprezinta complicatii grave ce pot sa apara in evolutia bolii neoplazice, avand potential letal.

Este necesara recunoastera cat mai rapida a semnelor si simptomelor acestor complicatii, in vedere instituirii cat mai rapide a tratamentului adecvat !