

Syndrome Cave Supérieur

-

Prise en charge dans les 24 premières
heures d'un patient atteint de cancer

Version validée 12/12/2014

Prise en charge dans les 24 premières heures d'un patient atteint de cancer Syndrome Cave Supérieur

Coordination

Nadine MEYER (médecin généraliste, Lyon), Vincent GAUTIER (urgentiste, Pringy)

Membres du groupe de travail

Toufek BERREMILI (angiologue, Pringy); Fabrice BING (radiologue, Pringy); Charles DARRAGON (radiologue, Pringy); Audrey ECHE-GASS (oncologue, Toulouse); Vincent GAUTIER (urgentiste, Pringy); Nicolas GIRARD (pneumologue, Lyon); Hélène LABROSSE-CANAT (Chef de projet, Lyon), Antoine MARIE (radiologue, Pringy); Nadine MEYER (médecin généraliste, Lyon); Mathieu RODIERE (radiologue, Grenoble); Bruno TAVIOT (pneumo-oncologue, Vénissieux); Alexandre TESSIER (radiothérapeute, Pringy)

Relecteurs

Carol ALLIOT (oncologue, Contamine Sur Arve), Stéphanie BERNARD (cadre de santé, Lyon), Philippe CANAT (radiothérapeute, Ste Foy les Lyon), Dominique CHIRPAZ-CERBAT (anesthésiste, Pringy), Pascale CONY MAKHOUL (hématologue, Pringy), Olivier CORNELOUP (radiologue, Bordeaux), Nicolas DAGUINDAU (hématologue, Pringy), Chantal DECROISSETTE (pneumologue, Pringy), Emmanuelle DOUKHAN (IDE, Roanne), Hervé FAVORITTI (médecin généraliste, Caluire et Cuire), Jérôme FAYETTE (oncologue, Lyon), Cécile FOURNEL-FEDERICO (oncologue, Lyon), Laurence LARIGAUDERIE (IDE, Orléans), François PARPAIX (médecin généraliste, Publier), Michèle PIBAROT (pneumologue, Marseille), Franck PILLEUL (radiologue, Lyon), Jocelyne PROVENCAL (oncologue, Chambéry), Stéphane SCHNEIDER (gastroentérologue, Nice), Pierre-Jean SOUQUET (pneumologue, Pierre Bénite), Pierre-Jean VALETTE (radiologue, Pierre Bénite), Sabine WALTER (oncologue, Draguignan)

Contributeurs (participants aux ateliers des J2R du 12/12/2014)

Laurence AZAIS (IDE, Toulouse); Joy BACRIE (médecin généraliste, Toulouse); Valérie BELLIER (IDE, Saint Marcellin); Denis BERTOLI (médecin, Champagne sur Sein); David BILLARD (médecin généraliste, Le Chesnay); Patricia BOULOT (médecin généraliste, Trévoux); Audrey ECHE GASS (médecin généraliste, Toulouse); Marie-Line GACHENC (IDE, Blagnac); Elisabeth HAUSSMANN (IDE, Toulon); David KHELIF (oncologue, St Pierre); Virgine LAFAGNE (IDE, Toulouse); Magdeleine LEROUX (IDE, Basse-Terre); Ingrid MABIALA MONEKENE (médecin, Montfermeil); Stéphanie MARQUEZ (IDE, Tarbes); Henri NAHAPETIAN (oncologue, Lyon); Céline PORTRAIT (IDE, Angers); Noélie TRES_CARTE (IDE, Blagnac)

**Prise en charge dans les 24 premières heures d'un patient atteint de cancer
Syndrome Cave Supérieur**

Sommaire du référentiel

Justification

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.

Ce référentiel traite de la prise en charge d'un syndrome cave chez un patient dont le diagnostic de cancer est connu.

Symptomatologie – bilan initial..... 4

Symptomatologie à caractère d'urgence..... 5

Prise en charge dans les 24 premières heures d'un patient atteint de cancer Syndrome Cave Supérieur

SYMPTOMATOLOGIE

Suspicion d'un syndrome cave supérieur devant:

- Œdème en pèlerine
- Cyanose
- Circulation collatérale thoracique
- Turgescence jugulaire
- Autres: myosis, hypotrophie de l'éminence hypothénar
- Congestion
- Gêne respiratoire: toux, dyspnée, oppression thoracique
- Signes neurologiques
 - Céphalées
 - Vertiges

Les signes sont accrus lors d'une antéflexion et d'un décubitus.

BILAN INITIAL

Imagerie:

- **Angioscanner cervico-thoracique:** avec injection bi brachiale de préférence.

(Si pas d'accès au scanner en urgence : radio thoracique avec recherche d'un élargissement médiastinal)

- Si contre indication au scanner, accès veineux difficile ou hyperpression veineuse au niveau des bras : IRM sans injection de gadolinium
- Si scanner négatif et forte suspicion clinique: écho doppler veineux des membres supérieurs et cervical (jugulaire) dès que possible.

Biologie:

NFP, bilan de coagulation (D-dimères inutiles) et évaluation de la fonction rénale

Le bilan ne doit pas retarder la prise en charge.

Prise en charge dans les 24 premières heures d'un patient atteint de cancer Syndrome Cave Supérieur

Prise en charge du Syndrome cave supérieur chez un patient atteint de cancer

 Si nécessité de pose de VVC : ne pas poser de VVC en zone supracardiaque

Obstruction de la veine cave supérieure
Compression extrinsèque ou envahissement

Thrombose sur cathéter veineux central

Préconisation:

Traitement symptomatique :

- Patient en position assise
- Oxygénothérapie
- Traitement anticoagulant à dose préventive ? (HNF ou HBPM selon créatininémie)
- Traitement antalgique
- Selon le diagnostic : corticothérapie courte (prednisone 2 à 3 mg/kg minimum ou méthylprednisolone 2,4 à 3,6 mg/kg) ( : attention si diagnostic de lymphome non confirmé)

Préconisation:

- Patient en position assise
- Oxygénothérapie
- Traitement anticoagulant à dose curative (HNF ou HBPM selon créatininémie)
- Traitement antalgique
- Discussion de la pose d'un stent (radiologue)

Poursuite de la prise en charge, Préconisations :

- Dans tous les cas, contact avec l'équipe référente d'hémato/oncologie
- Avis équipe radiologie interventionnelle: discussion revascularisation endovasculaire
- Selon les cas (hors thrombose du cathéter), discussion d'un flash de radiothérapie, discussion avec l'équipe de chirurgie thoracique
- Discussion du retrait du cathéter thrombosé.