

SYNDROME DE LYSE TUMORALE

PRÉAMBULE

Le syndrome de lyse tumorale est une urgence oncologique résultant de la destruction rapide des cellules tumorales, en particuliers lors de masse tumorale importante ou dans le cas de tumeurs à prolifération rapide. Ce syndrome est caractérisé par des troubles électrolytiques, notamment hyperkaliémie (>6 mmol/L ou augmentation de $>25\%$ par rapport au baseline), hyperphosphatémie (>2.1 mmol/L), hyperuricémie (>450 μ mol/L ou augmentation de $>25\%$ par rapport au baseline), et hypocalcémie (<1.75 mmol/L ou diminution de $>25\%$ par rapport au baseline). Ces anomalies électrolytiques sont responsables des observations cliniques, notamment troubles du rythme cardiaque et insuffisance rénale, nausées, vomissements, léthargie, crampes musculaires, tétanie, mort subite.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Une prise en charge rapide est indispensable et repose sur la prévention de l'apparition du SLT et sur la correction des anomalies électrolytiques :

LEUCÉMIE AIGUE AVEC GB < 100 G/L ET LNH NON BURKITT, BAS RISQUE DE LYSE TUMORALE

- **Hyperhydratation** : 3000 ml/m²/24h solution GS 2 :1 IV (ou 200mL/kg/jour si l'enfant a un poids < 10 kg). Eviter K, Ca et Ph dans la perfusion IV.
- Furosémide pour maintenir une diurèse d'au moins 80% des liquides administrés.
- **Allopurinol** (Zyloric®) 100mg/m²/dose 3x/j PO (ou 10 mg/kg/jour en 3 doses). **N.B.** Disponible en comprimé de 100 mg sécable
- Surveillance : Na, K, urée, créatinine, Ca++, PO₄⁻, LDH, urates q8h-q24h en fonction de la clinique.
- Poids 1/jour, Bilan E/S 4x/jour

LEUCÉMIE AIGUE AVEC GB > 100 G/L OU TRÈS IMPORTANTE ORGANONOMÉGALIE ET LNH TYPE BURKITT, HAUT RISQUE DE LYSE TUMORALE :

- **Hyperhydratation** : 3000 ml/m²/24h solution GS 2 :1 IV (ou 200mL/kg/jour si l'enfant a un poids < 10 kg). Eviter K, Ca et Ph dans la perfusion IV.
- Débuter rapidement la **Rasburicase**: 0.1-0.2 mg/Kg/jour 1x/jour (les niveaux d'acide urique doivent être envoyé sur la glace). (1ère dose au moins 4 h. avant début chimio). Le nombre de doses est à discuter selon la situation clinique (en général die x 3 à 5 jours).
- Surveillance: Na, K, urée, créatinine, Ca++, PO₄⁻, LDH, urates q4h.
- Poids 1/jour, Bilan E/S 4x/jour.
- LA CID et/ou la thrombocytopénie doivent être corrigés agressivement:
 - Maintenir le Plaquettes $> 50 \times 10^9$ /L pour réduire le risque d'une hémorragie intracrânienne (la combinaison de la thrombocytopénie et de l'hyperleucocytose c'est un facteur de risqué pour une hémorragie du CNS).
 - Transfusion de PFC pour maintenir un Fibrinogène > 1.5 g/L
- Eviter la transfusion de concentrés érythrocytaires dans une situation d'hyperviscosité

			
Rédaction :	Validation :	Création :	Modification :
Diezi M & F Ceppi	Beck Popovic M	09.09.2017	20.07.2018

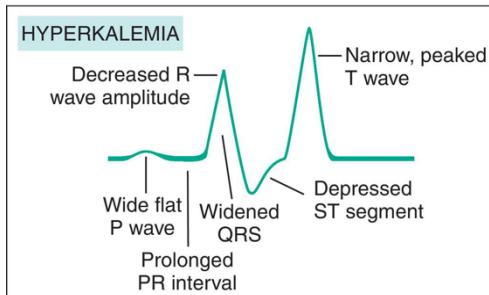
HÉMATO-ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE : GUIDELINES CLINIQUES

HYPERKALIÉMIE

Confirmation de l'hyperkaliémie et absence d'hémolyse.

La confirmation de l'hyperkaliémie peut se faire sur une gazométrie SIP

ECG en urgence, à la recherche d'anomalies telles que ondes T pointues, QRS élargis



1. Kayexalate 1g/kg PO q6h (Maximum 15g/dose).
2. Calcium gluconate 50-100mg/kg IV en DU
3. +/- Salbutamol 4mcg/kg sur 20 minutes
4. Alcalinisation NaHCO_3 : 25mEq/m² IV sur 15 minutes
5. Glucose-Insuline
 - a. Insuline 0.1 U/kg IV perf.
 - b. Glucose 25% (2ml/kg) en perf.
6. En cas d'absence de réponse au traitement et de péjoration de la fonction rénale, discuter l'indication à une dialyse

HYPERPHOSPHATÉMIE

Hydroxide d'aluminium env. 15ml q 4-8h

Le phosphate absorbé avec les aliments est fixé dans l'intestin par l'hydroxyde d'aluminium et sa résorption est diminuée.

L'hydroxyde d'aluminium agit indépendamment de l'acide gastrique, n'est pas un antiacide mais un chélateur de phosphate

Sevelamer

Fixe le phosphate dans l'intestin, réduit l'absorption digestive de ce dernier, ce qui contribue à l'abaissement de la phosphatémie

HYPOCALCEMIE

L'hypocalcémie dans le cadre d'un SLT est secondaire à l'hyperphosphatémie.

Le traitement d'une hypocalcémie dans ce contexte est réservé aux patients symptomatiques (crampes, convulsions, prolongation QTc.) en raison du risque augmenté de précipitation de sels phospho-calcique et péjoration de l'obstruction rénale en cas d'hyperphosphatémie :

Calcium gluconate 50-100mg/kg IV en DU

INDICATION A LA DIALYSE

1. Surcharge volumique
2. Insuffisance rénale
3. Hyperkaliémie (> 7mmol/l)
4. Hyperphosphatémie (> 3.5 mmol/l)
5. Hypocalcémie symptomatique, réfractaire

REFERENCES :

Helfrich E. et al., Salbutamol for hyperkalaemia in children, Acta Paediatrica 2001; 90(11):1213–6

Drugs for pediatric emergencies, AAP Committee on Drugs, Pediatrics 1998;101(1)