

Syndrome de lyse tumorale

Keerat Grewal MD MSc, Elizabeth Herrity DNP RN(EC), Ivan Pasic MD PhD

■ Citation : *CMAJ* 2023 April 11;195:E515. doi : 10.1503/cmaj.221433-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221433

1 Le syndrome de lyse tumorale (SLT) est une urgence thérapeutique

Le syndrome de lyse tumorale est causé par la destruction rapide des cellules cancéreuses qui libèrent leur contenu dans la circulation sanguine¹. Le plus souvent, le SLT survient peu après le début de la chimiothérapie, mais il peut aussi survenir spontanément, avant même le début du traitement ou lors d'une radiothérapie, d'une corticothérapie ou de traitements ciblés, chez les enfants et les adultes^{1,2}. La mortalité peut atteindre 20 %³⁻⁵.

2 Le risque est plus élevé avec les cancers du sang qu'avec les tumeurs solides cancéreuses^{1,3}

En présence de cancers du sang hautement prolifératifs caractérisés par une augmentation de la numération leucocytaire et des taux de lactate déshydrogénase et une volumineuse lymphadénopathie (p. ex., lymphome de Burkitt, leucémie lymphocytaire aiguë), l'insuffisance rénale expose les patients à un risque accru de SLT^{1,4}. L'incidence varie de 3 % à 40 % parmi les cas de cancers du sang à haut risque⁴. En oncologie, les patients exposés à un risque de SLT reçoivent habituellement des traitements prophylactiques (p. ex., hydratation, allopurinol ou rasburicase et surveillance étroite de l'équilibre électrolytique)^{1,2,4}.

3 Le tableau clinique est non spécifique

Les signes et symptômes du SLT peuvent inclure : anorexie, nausées et vomissements, diarrhée, douleurs, crampes, tétanie, oligurie, paresthésies, faiblesse, convulsions et dysrythmies.

4 Le diagnostic repose sur les observations cliniques et les analyses de laboratoire

Il faut surveiller les changements dans les résultats d'analyses de laboratoire par rapport aux valeurs de départ, comme l'hyperuricémie, l'hyperkaliémie, l'hyperphosphatémie, l'hypocalcémie et la hausse de la créatinine^{1,2}. Au plan des analyses de laboratoire, le diagnostic de SLT repose sur la présence de 2 des résultats suivants ou plus : hausse de l'acide urique ($\geq 476 \mu\text{mol/L}$ ou 25 % de plus que les valeurs de départ), du potassium ($\geq 6,0 \text{ mmol/L}$ ou 25 % de plus), du phosphate ($\geq 1,45 \text{ mmol/L}$ [adultes] ou 25 % de plus) et baisse du calcium ($\leq 1,75 \text{ mmol/L}$ ou 25 % de moins)^{1,2}. Le diagnostic clinique repose sur la confirmation en laboratoire du diagnostic de SLT, avec hausse de la créatinine ($\geq 1,5$ fois la limite supérieure de la normale), des convulsions ou des arythmies^{1,2}. Il faut traiter les manifestations cliniques du SLT et les résultats anormaux aux analyses de laboratoires.

5 La prise en charge doit mettre à contribution la néphrologie et l'oncologie

La prise en charge du SLT repose sur une hydratation énergique pour améliorer la fonction rénale (débit urinaire $100 \text{ mL/m}^2/\text{h}$)^{4,5}, et sur l'administration de rasburicase (qui catalyse l'oxydation de l'acide urique) pour gérer l'acide urique ($> 450 \text{ mmol/L}$) et de chélateurs du phosphate (p. ex., hydroxyde d'aluminium) pour traiter l'hyperphosphatémie⁵. L'hyperkaliémie est traitée comme à l'habitude. Les convulsions et les arythmies secondaires à l'hypocalcémie répondent au calcium⁵. L'hypocalcémie asymptomatique ne requiert habituellement aucun traitement^{2,5}. La dialyse est parfois nécessaire¹.

Références

1. Cairo MS, Bishop M. Tumor lysis syndrome: new therapeutic strategies and classification. *Br J Haematol* 2004;127:3-11.
2. Durani U, Hogan WJ. Emergencies in haematology: tumor lysis syndrome. *Br J Haematol* 2020;188:494-500.
3. Durani U, Shah ND, Go RS. In-hospital outcomes of tumor lysis syndrome: a population-based study using the National Inpatient Sample. *Oncologist* 2017;22:1506-9.
4. Coiffier B, Altman A, Pui C-H, et al. Guidelines for the management of pediatric and adult tumor lysis syndrome: an evidence-based review. *J Clin Oncol* 2008;26:2767-78.
5. Jones GL, Will A, Jackson GH; British Committee for Standards in Haematology. Guidelines for the management of tumor lysis syndrome in adults and children with haematological malignancies on behalf of the British Committee for Standards in Haematology. *Br J Haematol* 2015;169:661-71.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Division de médecine d'urgence (Grewal), Département de médecine, Université de Toronto; Institut de médecine d'urgence Schwartz-Reisman (Grewal), Système de santé Sinai; Programme d'allogreffes Hans-Messner (Herrity, Pasic), Division d'oncohématologie médicale, Hôpital Princess Margaret; Faculté

des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg (Herrity), Université de Toronto; Département de médecine (Pasic), Université de Toronto, Toronto, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la

condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Keerat Grewal, Keerat.grewal@sinaihealth.ca