



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Apport des soins intensifs et des soins de soutien en oncologie thoracique

Intensive and supportive care in thoracic oncology

A.-P. Meert

Service des soins intensifs et urgences oncologiques et oncologie thoracique, institut Jules-Bordet, 1, rue Héger-Bordet, 1000 Bruxelles, Belgique

MOTS CLÉS

Cancer bronchique ;
Soins de soutien ;
Soins intensifs ;
Urgence ;
Survie

Résumé

Les cancers bronchiques peuvent s'accompagner de complications qu'il convient de pouvoir identifier en urgence afin de proposer un traitement spécifique. Les motifs les plus fréquents de consultation aux urgences sont les pathologies respiratoires (dyspnée, infections respiratoires, thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire, hémoptysies, syndrome cave supérieur), la fièvre (neutropénie fébrile), les pathologies neurologiques (atteinte nerveuse centrale, compression médullaire), la douleur et les pathologies digestives (vomissements). Ces complications peuvent nécessiter une prise en charge en réanimation. Cet article a pour but de présenter les principaux soins de soutien à proposer chez le patient cancéreux bronchique en se focalisant sur les urgences et les soins intensifs.

© 2014 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Lung cancer;
Intensive care;
Supportive care;
Emergencies;
Survival

Abstract

Urgent complications occurring in lung cancer (LC) patients need to be recognised rapidly in order to give an adequate treatment. The most frequent pathologies are respiratory complications (dyspnoea, bronchial or pulmonary infections, deep venous thrombosis and pulmonary embolism, haemoptysis, superior vena cava syndrome), fever (febrile neutropenia), neurological diseases (cerebral events, medullar compression), pain, and gastroenterological pathologies (emesis). These complications can lead the patient to the ICU. The purpose of this article is to review the principal supportive care for LC patients with a focus on emergency and ICU cares.

© 2014 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Correspondance.

Adresse e-mail : ap.meert@bordet.be (Anne-Pascale Meert).

Dans les pays occidentaux, le cancer bronchique (CB) est la cause la plus fréquente de décès par cancer [1]. Les patients atteints d'un cancer peuvent présenter de multiples complications qui leur sont propres. Celles-ci peuvent être directement liées au cancer ou à son traitement ou n'avoir aucun lien avec l'affection néoplasique et son traitement. Dans ce cadre, une approche intégrée comprenant des soins spécifiques anticancéreux et une approche globale incluant des soins de soutien (contrôle antalgique, traitement des complications, abord psychologique...) semble indispensable.

Cette vision globale de la prise en charge des patients atteints de cancer bronchique non à petites cellules avancé (CBNPC) a été évaluée dans un essai randomisé [2]. Cent cinquante et un patients ont été randomisés entre une prise en charge standard ou une prise en charge standard associée dès le début à des soins de soutien. Le bras contenant les soins de soutien comprenait l'évaluation des problèmes physiques et psychosociaux, l'établissement d'objectifs en matière de soins liés au traitement, et la coordination des soins de prise de décision. Cette approche de la maladie néoplasique a montré qu'un programme formel avec une équipe de soins de soutien permet d'améliorer la qualité de vie et l'humeur des patients [3]. Bien que les patients dans le groupe investigationnel aient reçu des soins moins agressifs en fin de vie, la survie médiane était significativement plus longue dans le bras comprenant les soins de soutien (11,6 vs 8,9 mois). Ceci souligne l'importance d'une prise en charge globale des patients intégrant le traitement spécifique du cancer mais également une approche « internistique » incluant les soins en cas de complications et une prise en charge palliative/psychologique précoce.

Les patients atteints de CB sont avec ceux atteints de tumeurs du sein et de tumeurs digestives les patients qui consultent le plus souvent aux urgences, de 11 à 27 % selon les séries [4-6]. Plus de 40 % des patients atteints de CB ont recours au moins une fois durant leur parcours néoplasique au service des urgences [7]. Environ 50 % de ces consultations aboutiront à une hospitalisation [7,8] dont plus de 10 % en unité de soins intensifs [7]. Bien que les patients décèdent rarement aux urgences (1 %) [9], jusqu'à 15 % des patients vont mourir durant leur séjour hospitalier [7]. Tout ceci souligne l'importance des soins de soutien, y compris les soins intensifs pour une prise en charge optimale des patients présentant un CB.

Cet article a pour but de présenter les résultats des principaux soins de soutien chez le patient cancéreux bronchique en se focalisant sur leur intérêt par rapport aux consultations aux urgences et aux séjours en soins intensifs.

Patient atteint d'un CB aux urgences

Peu de données spécifiques concernent les patients atteints de CB qui consultent aux urgences.

Dans une première étude rétrospective réalisée dans un centre anticancéreux à Bruxelles, tous les patients atteints d'un CB, qui se sont présentés aux urgences sur une période de 3 ans (548 consultations, 269 patients différents) ont été évalués [7]. La vaste majorité (80,7 %) des patients avaient une tumeur de stade IV. Les 4 plaintes principales ayant motivé le patient à se présenter aux urgences étaient respiratoires (20,6 %), de la fièvre (19,2 %), neuropsychiatriques (14,2 %) ou digestives (10,9 %) (Tableau 1). Les principaux

diagnostics retenus en fin de visite aux urgences sont repris dans le tableau 2. L'infection en constituait la plus grosse part (29,4 %), atteignant en premier lieu les voies respiratoires (58,4 %) et en second en ordre de fréquence la neutropénie fébrile. Les 2 autres diagnostics principaux étaient la progression néoplasique (21,9 %) et la douleur (12,4 %). Ces complications étaient liées dans 46,7 % des cas au cancer, dans 21 % au traitement antinéoplasique et dans 32,3 % des cas n'avaient aucun lien avec l'affection néoplasique et son traitement. Plusieurs facteurs prédictifs d'hospitalisation, mesurés à l'arrivée aux urgences, ont été trouvés :

- le mode d'arrivée (en ambulance vs d'autres moyens) ;
- l'heure d'arrivée (la nuit par rapport à la journée) ;
- l'âge (risque augmenté avec âge avancé) ;
- la plainte principale motivant la consultation (plainte neuropsychiatrique et altération de l'état général comme

Tableau 1 Plaintes motivant la consultation aux urgences des patients atteints d'un CB, d'après [7].

Respiratoire	20,6 %
Fièvre	19,2 %
Neuropsychiatrique	14,2 %
Digestive	10,9 %
Douleur	8,2 %
Asthénie, altération état général, anorexie	6,8 %
Cardiovasculaire	6,4 %
Ostéo-articulaire	5,3 %
Convocation pour anomalie à un examen paraclinique	4 %
Dermatologique	2,9 %
Urinaire	1,5 %

Tableau 2 Diagnostics retenus en fin de consultation aux urgences des patients atteints d'un CB, d'après [7].

Infection	29,4 %
Progression néoplasique	21,9 %
Douleur	12,4 %
Digestive	8,4 %
Cardiovasculaire	7,1 %
Neuropsychiatrique	4,6 %
Pulmonaire	3,3 %
Métabolique	2,7 %
Hématologie	2,6 %
Uro-néphrologie	2 %
Dermatologie	2 %
Altération de l'état général	2 %
Autre	1,6 %

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215557>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215557>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)