



# Transfert des patients allogreffés de cellules-souches hématopoïétiques en réanimation : recommandations de la Société francophone de greffe de moelle et de thérapie cellulaire (SFGM-TC)

Anne-Sophie Moreau<sup>1</sup>, Jean-Henri Bourhis<sup>2</sup>, Nathalie Contentin<sup>3</sup>, Marie-Anne Couturier<sup>4</sup>, Jeremy Delage<sup>5</sup>, Cécile Dumesnil<sup>6</sup>, Virginie Gandemer<sup>7</sup>, Yosr Hichri<sup>8</sup>, Edgar Jost<sup>9</sup>, Laura Platon<sup>10</sup>, Mercé Jourdain<sup>1</sup>, Frédéric Pène<sup>11</sup>, Ibrahim Yakoub-Agha<sup>12</sup>

Reçu le 19 août 2016  
Accepté le 1<sup>er</sup> septembre 2016  
Disponible sur internet le :  
2 novembre 2016

1. CHU, centre de réanimation, université de Lille 2, Inserm U1190, 59000 Lille, France
2. Institut Gustave-Roussy, service d'hématologie, 114, rue Édouard-Vaillant, 94800 Villejuif, France
3. Centre Henri-Becquerel, service d'hématologie, rue d'Amiens, 76000 Rouen, France
4. CHU de Brest, hôpital Morvan, service d'hématologie stérile, 2, avenue Foch, 29200 Brest, France
5. Département d'hématologie et de thérapie cellulaire, CHRU Montpellier-site Saint-Eloi, 80, avenue Augustin-Fliche, 34090 Montpellier, France
6. CHU de Rouen, service d'hémato-oncologie pédiatrique, 1, rue Germont, 76000 Rouen, France
7. CHU Hôpital Sud, université Rennes 1, 2, rue Henri-le-Guilloux, 35000 Rennes, France
8. CHU Montpellier, département d'hématologie clinique, 34295 Montpellier, France
9. Hématologie/oncologie, Uniklinik RWTH Aachen, 52074 Aachen, Allemagne
10. Réanimation médicale, CHU Lapeyronie, 345, rue du Muscadet, 34090 Montpellier, France
11. Service de réanimation médicale, hôpital Cochin, AP-HP, université Paris Descartes, 75014 Paris, France
12. CHU de Lille, LIRIC Inserm U995, université Lille 2, 59000 Lille, France

## Correspondance :

Ibrahim Yakoub-Agha, CHU de Lille, LIRIC Inserm U995, université Lille 2, 59000, France.  
[sfgm-tc-ya@live.fr](mailto:sfgm-tc-ya@live.fr)

## Mots clés

Allogreffe de cellules  
hématopoïétiques  
Défaillance d'organes  
Réanimation  
Considérations éthiques

## Résumé

Le transfert d'un patient allogreffé de cellules-souches hématopoïétiques en réanimation est toujours une situation délicate, tant sur le plan médical que sur le plan psychologique, à la fois pour le patient, sa famille mais aussi l'équipe soignante. Malgré les progrès diagnostique et thérapeutique en hématologie et en réanimation de ces dernières années, le pronostic de ces patients, reste très sombre. La mortalité en réanimation atteint environ 50 %. Les 6<sup>es</sup> ateliers d'harmonisation des pratiques de la SFGM-TC ont réuni des médecins hématologues et réanimateurs afin d'améliorer les conditions et modalités pratiques de transfert en réanimation des patients

allogreffés. Dans ce cadre, nous proposons un modèle de dossier de transfert du patient contenant les informations essentielles à leur prise en charge.

#### Keywords

Allogeneic stem cell transplant  
Organ failure  
Intensive care unit  
Ethical considerations

#### ■ Summary

#### Transfer of allogeneic stem cell transplant recipients to the intensive care unit: Guidelines from the Francophone society of marrow transplantation and cellular therapy (SFGM-TC)

*Transferring a patient undergoing an allogeneic stem cell transplantation to the intensive care unit (ICU) is always a challenging situation on a medical and psychological point of view for the patient and his relatives as well as for the medical staff. Despite the progress in hematology and intensive care during the last decade, the prognosis of these patients admitted to the ICU remains poor and mortality is around 50 %. The harmonization working party of the SFGM-TC assembled hematologists and intensive care specialist in order to improve conditions and modalities of the transfer of a patient after allogeneic stem cell transplantation to the ICU. We propose a structured medical form comprising all essential information necessary for optimal medical care on ICU.*

### État actuel de la question

La greffe de cellules-souches hématopoïétiques (CSH) comprend l'autogreffe et l'allogreffe. Pour autant, ces deux procédures ont relativement peu de points communs, et diffèrent notamment par leur mode d'action thérapeutique et par l'incidence des complications. Cette différence a maintenant été bien intégrée dans la littérature sur le pronostic des patients greffés admis en réanimation, et les travaux les plus récents distinguent clairement les deux types de procédures. En outre, l'allogreffe de CSH (allo-CSH) se décline maintenant en différentes modalités de greffe, que ce soit en termes de choix du donneur, de conditionnement ou de source de CSH. Ces modifications thérapeutiques ont clairement contribué à l'amélioration de la survie globale des patients. Toutefois, la procédure demeure associée à un taux de morbi-mortalité toxique non négligeable [1,2]. En plus des complications liées à l'aplasie chimio- et/ou radio-induite, les patients peuvent présenter des complications plus spécifiques telles que la maladie du greffon contre l'hôte (GvH) et le syndrome d'obstruction sinusoidale (SOS) du foie et plus largement le syndrome d'atteinte des cellules endothéliales qui inclut, entre autres, la microangiopathie thrombotique (MAT) [3-7]. Ces complications sont souvent responsables de défaillances d'organes justifiant d'une prise en charge en réanimation.

Le passage d'un patient allogreffé en réanimation reste une question d'actualité qui grève son pronostic global. Entre 10 et 40 % des patients allogreffés effectueront un séjour en réanimation [8-10]. Malgré les progrès de la prise en charge, environ 45 à 60 % des patients ne survivront pas à leur séjour en réanimation [11-14]. Moins de 40 % des patients adultes

ventilés sortiront vivants de la réanimation [12]. Les principaux motifs de transfert restent dans l'ordre : la défaillance respiratoire, circulatoire, rénale et neurologique [15]. Les facteurs défavorables restent le retard à la prise en charge du patient, le nombre de défaillances d'organe, la ventilation mécanique, la non prise/prise tardive du greffon, la GvH corticorésistante, la rechute de l'hémopathie sous-jacente, les comorbidités et l'infection fongique invasive [11-14,16-25].

Malgré une littérature abondante sur le sujet, il n'existe pas à l'heure actuelle de recommandations claires et consensuelles pour la prise en charge en réanimation des patients faisant l'objet d'une allo-CSH. Plusieurs arguments peuvent expliquer ce manque de consensus :

- les premières études ont inclus indifféremment des patients autogreffés et des patients allogreffés ;
- la quasi-totalité des études ont analysé les patients allogreffés indépendamment de la période de greffe (i.e. pendent le conditionnement, lors de l'aplasie initiale, dans les six premiers mois ou plus tard dans la greffe) ;
- les études publiées se sont intéressées essentiellement aux cohortes de patients présentant des complications ou des signes d'alerte nécessitant un transfert en réanimation. Il n'existe pas dans la littérature d'étude spécifique centrée sur la population générale des patients allogreffés afin d'analyser le pronostic en amont et en fonction des complications postgreffe ;
- le moment idéal pour transférer un malade en réanimation par rapport à la cinétique de la défaillance d'organe n'est pas bien défini. Il est souvent praticien-dépendant, ou peut être fonction de contraintes logistiques locales ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5697377>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5697377>

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