



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

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



SOINS DE SUPPORT

## Indications de réanimation en oncologie thoracique

Which patient should be referred to intensive care in thoracic oncology?

A.-C. Toffart<sup>1,2,\*</sup>, M. Giaj Levra<sup>1</sup>, L. Ferrer<sup>1</sup>,  
M. Duruisseaux<sup>1</sup>, R. Hamidfar Roy<sup>3</sup>, D. Moro-Sibilot<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>UM Oncologie thoracique, Clinique de pneumologie, Pôle Thorax et Vaisseaux, Centre hospitalier universitaire Grenoble-Alpes, Grenoble

<sup>2</sup>Université Grenoble 1 U 823-Institut A.-Bonniot-Université Grenoble-Alpes, Grenoble

<sup>3</sup>UM Réanimation médicale, Pôle Urgences médecine aiguë, Centre hospitalier universitaire Grenoble-Alpes, Grenoble

### MOTS CLÉS

Cancer bronchique ;  
Réanimation ;  
Défaillance ;  
d'organe ;  
Thérapie ciblée ;  
Réanimation  
d'attente

### Résumé

Le cancer bronchopulmonaire (CBP) est la 1<sup>re</sup> cause de mortalité par cancer. Lorsqu'un patient porteur d'un CBP présente une défaillance d'organe la question de l'intensité des soins à mettre en œuvre se pose. L'important est d'identifier les patients pouvant bénéficier d'une admission en réanimation.

Les critères pronostiques sont liés au cancer et à la gravité de la situation aiguë. L'état général du patient et les caractéristiques de la pathologie tumorale (stade TNM, mutation oncogénique accessible à un traitement ciblé, progression) sont des éléments nécessaires à la réflexion. Une admission pour une détresse respiratoire nécessitant le recours à la ventilation mécanique et un nombre élevé de défaillance d'organe sont associés à un pronostic sombre. Cependant, ces éléments ne suffisent pas pour prendre la bonne décision.

La discussion d'admission et de prise en charge des défaillances d'organes doit être collégiale intégrant l'oncologue, le réanimateur, le patient et son entourage. Une réflexion anticipée facilite la prise de décision en situation d'urgence. En l'absence de certitude, une « réanimation d'attente » peut être proposée et l'intensité des soins à mettre en place doit être réévaluée après 3 à 5 jours. L'absence d'amélioration des défaillances d'organes après 3 à 5 jours est un élément pronostique majeur.

© 2016 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : AToffart@chu-grenoble.fr (A.C. Toffart).

**KEYWORDS**

Lung neoplasm;  
Intensive care unit;  
Organ dysfunction;  
Targeted therapy;  
ICU trial

**Abstract**

Lung cancer is the first cause of cancer related death. When a patient with lung cancer presents an organ failure, the question about the intensity of care to provide comes up. It is important to identify patients who may benefit from an intensive care unit (ICU) admission.

Prognostic factors are related to cancer and acute disease. Patient's general condition and cancer's characteristics (TNM stage, driver mutation, tumor progression) should be taken into account. An admission for respiratory failure requiring mechanical ventilation and a high number of organ failures are associated with a poor prognosis. However, these criteria are not sufficient to take the appropriate decision.

The discussion of ICU admission and management of organ failure must be multidisciplinary, combining the oncologists, the intensivists, the patient and his family. Advanced reflection facilitates decision making in emergency situations. When prognosis is uncertain, « ICU trial » may be explained and offered, and the treatment strategy should be reviewed after 3 to 5 days. The lack of improvement of organ failure after the fifth day is a major prognostic factor.

© 2016 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Introduction**

Un patient porteur d'un cancer bronchopulmonaire (CBP) peut présenter une défaillance d'organe à différents moments de sa maladie tumorale : au diagnostic, lors d'une complication du traitement antitumoral, ou lié à l'évolution du cancer. Dans chacune de ces situations, la question de l'intensité des soins à mettre en œuvre se pose. Est-il raisonnable d'admettre le patient en réanimation ? Une prise en charge dans un service de médecine ou des soins de confort exclusifs seraient-ils préférables ? La réflexion doit s'appuyer sur les quatre principes éthiques fondamentaux que sont les principes de bienfaisance, de non-malfaisance, d'autonomie et de justice distributive [1].

Les patients atteints de CBP représentent 8,9 à 14,5 % [2,3] des patients ayant une tumeur solide admis en réanimation avec un pronostic sombre malgré de récents progrès. Au cours des dernières décennies, leur survie en réanimation s'est améliorée passant de 30 % à près de 70 % [4-9]. Ces chiffres concernent des patients admis pour des raisons médicales et non en postopératoire immédiat pour qui la survie est meilleure [2,10]. Ce bénéfice en termes de survie est lié aux avancées dans les traitements antitumoraux (thérapies ciblées ou inhibiteurs de *checkpoint*) [11-15] et dans la prise en charge des patients en réanimation, ainsi qu'à une meilleure sélection des patients. Les techniques de réanimation avec l'avènement de la ventilation non invasive et les progrès dans la prise en charge du choc septique ont permis une réduction de la mortalité de ces patients [4-9,16]. Il existe également une certaine sélection des patients pour l'admission en réanimation [17]. Toutefois, les critères utilisés pour définir les patients pouvant bénéficier ou non d'une prise en charge en réanimation sont peu performants. La décision de l'intensité des soins à proposer à un patient porteur d'un CBP avec défaillance d'organe dépend des caractéristiques du patient, du cancer et de la maladie aiguë [9,16,18-22], de l'avis concerté des oncologues et des réanimateurs mais aussi des souhaits du patient et de sa famille.

L'objectif est de différencier les patients pouvant bénéficier d'une prise en charge en réanimation de ceux pour

lesquels elle serait futile. Nous rapportons donc les éléments pouvant participer à la décision d'admission en réanimation des patients porteurs d'un CBP.

**Caractéristiques du patient**

L'état général est un élément primordial. Un *Performance Status* (PS) supérieur à 2 (alité plus de 50 % de la journée sans y être confiné) dans le mois précédent l'admission et une perte de poids récente de plus de 10 % aggravent le pronostic des patients métastatiques. Ces critères sont également les facteurs de risque de décès en réanimation les plus reproductibles [2,16,23-25].

Concernant l'impact des comorbidités sur le pronostic des patients porteurs d'un CBP en réanimation, une seule étude [18] retrouve la broncho-pneumopathie chronique obstructive modérée à sévère associée à une mortalité hospitalière plus importante. Aucune étude ne retrouve de relation entre les autres maladies chroniques et le pronostic en réanimation.

La volonté exprimée par les patients de ne pas être pris en charge en réanimation apparaît associée de façon indépendante à la mortalité [26,27].

**Caractéristiques du cancer****Histologie, stade TNM et mutations oncogéniques activatrices**

Dans les études, 10 à 20 % des CBP admis en réanimation sont des CBP à petites cellules (CBPC) [16,19,22]. Le type histologique n'est pas un facteur pronostique. En pratique, il est observé que les CBPC inauguraux admis en réanimation pour une détresse respiratoire ou pour une dégradation des fonctions neurologiques sur métastases cérébrales répondent bien à la chimiothérapie et peuvent sortir de réanimation. Mais cela n'a pas été publié. Seul un article [28] rapporte

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5725344>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5725344>

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