

# La 10<sup>ème</sup> rencontre sur les urgences et complications sévères chez le patient cancéreux\*

**J.-P. Sculier, T. Berghmans et A.-P. Meert**

Unité de Soins Intensifs Médico-Chirurgicaux et d'Oncologie Thoracique,  
Institut Jules Bordet

Pour le 10<sup>ème</sup> anniversaire des Rencontres, le thème choisi a été dix années de progrès en soins intensifs oncologiques. Six orateurs se sont succédés à la tribune devant un auditoire d'une petite centaine de personnes, médecins et infirmières de différentes spécialités.

Le premier exposé, donné par J.-P. Sculier (Institut Jules Bordet), a été consacré à introduire la rencontre, en traitant le sujet : " Le patient cancéreux ne doit plus être banni des unités de réanimation ". Sur un mode interactif, l'orateur a montré que le pronostic du patient atteint de cancer admis pour une complication nécessitant des soins intensifs était indépendant des caractéristiques de l'affection néoplasique sous-jacente mais dépendait uniquement des perturbations physiopathologiques induites par la complication ayant motivé l'admission. Ce fait, établi par des études statistiques sur des populations différentes de malades, se retrouve tant chez l'ensemble des patients que dans les groupes particuliers de ceux ayant bénéficié d'une réanimation cardiorespiratoire, d'une ventilation mécanique invasive, d'une ventilation mécanique non invasive ou d'épuration extra-rénale. Dans son vote final sur l'histoire d'un malade admis en soins intensifs pour un choc septique, l'auditoire a en grande majorité approuvé la réanimation proposée.

N. Meuleman (Institut Jules Bordet) a ensuite abordé la place du malade mini-transplanté de cellules souches allogéniques, un nouvel arrivant en soins intensifs. En effet, les greffes de cellules souches réalisées dans un contexte non myéloablatif ont vu le jour il y a une dizaine d'années. Elles sont associées à un spectre de complications différent de celui décrit par les greffes de moelle osseuse allogéniques classiques. La toxicité est moindre mais le risque de rechute est plus élevé. Le risque de maladie aiguë du greffon contre l'hôte est moins élevé mais cette complication peut survenir plus tardivement. La forme chronique de la maladie est plus fréquente avec notamment un tableau de type sclérodermie, de la bronchiolite, de la malabsorption, des kérato-conjonctivites, de la cholostase. On voit moins de

complications précoces liées au conditionnement, comme la maladie veino-occlusive du foie. Les complications infectieuses peuvent être dues à de multiples agents opportunistes et s'étalent également plus tardivement.

L'exposé suivant a été fait par E. Azoulay (Hôpital Saint-Louis, Paris). Il était consacré à un abord moins invasif de la prise en charge des pneumopathies diffuses. L'orateur a présenté son approche de ce problème fréquent. Initialement, il convient de se battre sur trois fronts : il faut soutenir ou remplacer les organes défaillants, se plonger dans le dossier pour définir une probabilité clinique de diagnostic adéquat et donc entamer un traitement adéquat, faire le diagnostic. Il a recommandé l'approche dite DIRECT consistant à envisager les causes possibles selon le moment de l'histoire de la maladie, à tenir compte du type d'immunodépression liée à la maladie du patient, à analyser la radiographie thoracique, à se baser sur son expérience clinique et les données de la littérature, à bien identifier le tableau clinique, à réaliser une tomodensitométrie thoracique de haute résolution. Une étude randomisée récente, appelé mini-max, a comparé l'approche invasive comprenant un lavage broncho-alvéolaire ou une biopsie pulmonaire avec une approche clinique non invasive comme décrite plus haut. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux approches que ce soit en termes de ventilation mécanique ou de mortalité à 28 jours.

La quatrième intervention par T. Berghmans (Institut Jules Bordet) a été consacrée aux nouveaux traitements antifongiques. En effet, nous n'avons disposé jusqu'à la fin des années 1990 que d'un seul antifongique puissant, l'amphotéricine B. Actuellement sont disponibles des formes lipidiques ou liposomales de ce médicament, des dérivés azolés comme le voriconazole ou le posaconazole, la caspofungine de la classe des échinocandines. Ces progrès thérapeutiques permettent de traiter plus efficacement les infections graves comme les candidoses

\* Institut Bordet, le 14 novembre 2009.

disséminées ou les aspergilloses notamment pulmonaires.

D. Benoît (U.Z. Gent) a présenté l'approche de mieux en mieux codifiée du cancéreux en insuffisance rénale aiguë. Les deux principales causes d'insuffisance rénale aiguë en soins intensifs oncologiques, dont l'incidence est de l'ordre de 10 à 20 %, sont le sepsis et les toxicités médicamenteuses. La différence de mortalité par rapport au malade sans cancer n'est guère différente si l'on prend en considération les scores de gravité. La plupart des patients récupèrent une fonction rénale normale.

Le dernier exposé a été donné par A.-P. Meert (Institut Jules Bordet) sur les nouvelles toxicités des agents anticancéreux. Elle s'est centrée sur la toxicité cardiovasculaire, notamment l'hypertension artérielle due aux inhibiteurs de l'angiogenèse, les phénomènes thromboemboliques en rapport avec cette nouvelle classe de médicaments, l'insuffisance cardiaque induite par ces molécules. Elle a également abordé les réactions allergiques, la toxicité rénale et des pneumopathies induites par de nouveaux médicaments.

La deuxième partie de la rencontre a été consacrée à une table ronde sur les droits des patients et les plaintes. La discussion a été animée par

T. Berghmans sur base d'un cas clinique vécu en soins intensifs oncologiques avec la participation de B. Hanson (médecin éthicien), F. Claessens (médiatrice), E. Azoulay (oncoréanimateur), J. Devriendt (intensiviste général), E. Markiewicz (infirmière intensiviste) et P. Herpelinck (infirmière enseignante). Les points importants à retenir sont l'absence de libre choix du médecin par le patient dans l'urgence et l'impossibilité pour le représentant du patient de retirer le consentement initial du patient si celui-ci ne peut exprimer sa volonté. En Belgique, le patient, le cohabitant légal, les enfants, les frères et sœurs, la personne de confiance et le représentant légal peuvent introduire une plainte. Pour le médiateur, chaque situation est particulière et le traitement de la plainte doit être individualisé. Les choses empirent quand la vérité est cachée et l'évidence niée, quand les personnes restent sur la défensive et l'autre n'est pas écouté, quand il y a un manque de respect. Les choses s'améliorent quand il y a échange et espace de dialogue et quand les différentes positions s'expriment, même si le résultat final sera de se rendre compte que les positions ne se rejoignent pas. Les proches peuvent demander une copie du dossier après le décès du malade si un motif valable est avancé mais le dossier devra être consulté sur place par un praticien désigné par la famille et en l'absence de l'opposition préalable du patient.