

# La 11<sup>ème</sup> Rencontre sur les urgences et complications sévères chez le patient cancéreux

**J.-P. Sculier**

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

La 11<sup>ème</sup> Rencontre s'est tenue à Bruxelles à l'Institut Jules Bordet le samedi 16 octobre 2010. Comme de coutume, elle consistait en une séance thématique le matin et une table ronde sur un sujet éthique l'après-midi.

Le sujet de la séance thématique avait été choisi dans le contexte de l'Année du Poumon (l'année 2010 est l'année mondiale du poumon) : Cancer, soins intensifs et poumons. Elle était présidée par Jean-Paul Sculier (Institut Bordet) et Jacques Devriendt (C.H.U. Brugmann). Les différentes pathologies pouvant amener le patient en unité de soins intensifs à cause d'une insuffisance respiratoire ont été revues. Anne-Pascale Meert (Institut Bordet) a parlé des causes directement néoplasiques d'atteinte pulmonaire. Celles-ci représentent 2,5 % des causes d'admission pour complications médicales en unité de soins intensifs oncologiques. Si on se restreint au cancer bronchique, le taux monte à 31 %. La mortalité en cas d'obstruction est de 33 % ; elle est nulle en cas d'épanchement pleural massif. La première cause d'obstruction tumorale entraînant une dyspnée aiguë est le cancer bronchique. D'autres motifs plus rares d'admission sont les hémoptysies massives et les embolies néoplasiques, entraînant dans un deuxième temps de la lymphangite carcinomateuse.

Nathalie Meuleman (Institut Bordet) a couvert le versant hémopathies malignes. Elle a insisté sur des complications particulièrement spécifiques telles que la leucostase, les infiltrations pulmonaires directes notamment dans les lymphomes, les obstructions par gros médiastin ou adénopathies péribronchiques, l'hémorragie alvéolaire et le syndrome ATRA que l'on rencontre lors du traitement de certaines leucémies par de l'acide rétinoïque.

Les recommandations françaises pour le traitement de la maladie thromboembolique chez les patients cancéreux ont été présentées par Cécile Durant (Hôpital Saint-Louis, Paris). Après avoir rappelé les données épidémiologiques liant les deux affections et présenté les principales études sur lesquelles les recommandations ont été établies, l'oratrice a décrit les traitements standards et optionnels

proposés par les experts français. En pratique, on retiendra que les héparines de bas poids moléculaire au long cours constituent le traitement de base de la maladie thromboembolique survenant chez patients atteints d'un cancer actif. Le relais par antivitamine K n'est pas recommandé. La durée du traitement est en principe de six mois. Les recommandations peuvent être consultées sur le site [www.thrombose-cancer.com](http://www.thrombose-cancer.com).

Les toxicités des traitements sont présentées sur un site Internet remarquable [www.pneumotox.com](http://www.pneumotox.com), conçu par Philippe Camus (C.H.U. de Dijon). Les toxicités sont présentées soit par médicament, soit selon la présentation clinique. Pour chaque substance, les références disponibles dans la littérature sont fournies.

Thierry Berghmans (Institut Bordet) a discuté les complications infectieuses. Les infections pulmonaires représentent 10 % des infections nosocomiales du patient cancéreux. En unité de soins intensifs, les infections respiratoires et les bactériémies et fongémies sont les deux principales causes d'admission pour infection. 50 % des chocs septiques sont d'origine pulmonaire. Les germes en cause sont très variés, comprenant le pneumocoque, le staphylocoque doré, les bacilles à Gram négatif dont *Pseudomonas aeruginosa*, *Pneumocystis jiroveci*, *Aspergillus*. Ces derniers germes doivent être plus particulièrement pris en considération en cas de pneumopathie interstitielle diffuse. Il faudra tenir compte du contexte propre du patient, notamment s'il a subi une greffe allogénique de moelle osseuse. En réanimation, il est important de savoir que l'œdème pulmonaire lésionnel responsable du SDRA peut s'aggraver à l'occasion de la récupération de la leucocytose chez le patient neutropénique avec une pneumopathie.

Le support ventilatoire dont ces patients peuvent avoir besoin lors de leur séjour en réanimation a été revu de façon critique par Dominique Benoît (Akademisch Ziekenhuis, Gand). L'orateur a insisté sur l'amélioration des résultats avec la ventilation mécanique invasive observée au cours de ces dernières années. Il a ensuite revu le rôle de la ventilation non invasive. Sur base d'études critiquables,

celle-ci s'est imposée chez le patient cancéreux comme traitement de première ligne en cas d'insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique. Pour l'orateur, cette approche n'est pas supportée par l'ensemble des études sur le sujet. Il la recommande en première intention pour les infections bactériennes et la pneumocystose lorsque le diagnostic étiologique de l'infection est posé et un traitement spécifique de la complication entamé.

Le dernier exposé de la séance thématique, donné par Gil Wirtz (Hôpital Civil, Strasbourg), a analysé le pronostic du patient atteint d'un cancer bronchique admis en réanimation. L'orateur s'est basé sur l'étude qu'il a conduite pour sa thèse de médecine dans son institution hospitalière. Il a colligé une série d'une cinquantaine de cas avec une mortalité de 54 % pendant le séjour aux soins intensifs et de 65 % pour le séjour hospitalier. De la discussion, l'état d'avancement de l'affection néoplasique et le niveau de soins de cette dernière s'avèrent des facteurs particulièrement importants mais rarement analysés

dans les études rapportées dans la littérature.

La table ronde a été animée par Thierry Berghmans avec l'aide de Darius Razavi (Institut Bordet) et de Jean-Jacques Laffitte (Hôpital Calmette, Lille). Elle a été consacrée au vécu du patient atteint d'un cancer bronchique et séjournant en soins intensifs. La discussion a été basée sur la présentation de deux histoires cliniques. Le vécu du médecin a été analysé par Claire Wachters (Institut Bordet), celui des infirmières par Stéphanie Lechat et Eveline Markiewicz (Institut Bordet) et celui des proches par Rodolphe de Borchgrave. Dans une deuxième partie, le devenir après le séjour à l'unité de soins intensifs a été envisagé, notamment en termes de consultation post-réanimation par Jean-Paul Sculier et de suivi psychologique par Darius Razavi. De la discussion finale, il ressort qu'il convient de réaliser des études pour déterminer la prise en charge optimale au long cours de ce type de malades. Une évaluation sérieuse doit être conduite pour déterminer le bénéfice réel d'une approche post-réanimation.