

Chapitre 1. Introduction sur les soins intensifs et urgences oncologiques

Les soins intensifs oncologiques ont contenu un important développement au cours des 40 dernières années. Une conférence de consensus que nous avons organisée en 2019 et qui a été publiée en 2021 dans la revue *Intensive Care Medicine* (1) a abouti à des recommandations internationales en réanimation oncologique, les premières dans le domaine. Le présent cours, fortement remanié, s'en inspirera largement.

L'importance des pathologies cancérologiques dans nos populations

Le cancer représente une pathologie très fréquente en Belgique. Il est responsable de 25 % des décès observés selon les statistiques officiels. Les maladies de l'appareil circulatoire (25,9% de l'ensemble des causes de décès) restent la première cause de décès, devant les tumeurs (25,0% de l'ensemble) et les maladies de l'appareil respiratoire (11,7% de l'ensemble). Chez les hommes, les tumeurs occupent la première place (28,2%) devant les maladies de l'appareil circulatoire (24,4%), tandis que chez les femmes, le classement national est respecté (Statbel).

Selon le Registre National du Cancer en 2008, 59.043 nouvelles tumeurs invasives (hors cancers cutanés non mélanomes, syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques) ont été enregistrées en Belgique, 54% chez les hommes et 46% chez les femmes. L'âge moyen au diagnostic était de 67 ans chez les hommes et de 65 ans chez les femmes. La même année, 26.647 patients sont décédés d'un cancer (57 % d'hommes, 43 % de femmes). En 2020, le Covid perturbe les statistiques vu son impact sur la mortalité en Belgique.

Chez les hommes comme chez les femmes, la tumeur la plus fréquemment diagnostiquée (respectivement cancer de la prostate et cancer du sein) est associée à une très bonne survie relative à 5 ans. Le cancer du poumon, qui est le 2^e cancer le plus fréquent chez les hommes et le 3^e cancer le plus fréquent chez les femmes, a une faible survie relative à 5 ans. Les cancers du côlon et du rectum, qui représentent la 3^{ème} tumeur la plus fréquente chez l'homme et la 2^{ème} tumeur la plus fréquente chez la femme, ont une survie relative intermédiaire de 5 ans.

La mortalité élevée liée au cancer lui donne une mauvaise réputation. Il en résulte une mauvaise réputation de longue date qui ne doit pas biaiser l'attitude médicale vis-à-vis de ces patients, notamment concernant leur prise en charge en unité de soins intensifs (2).

Les types d'admission

Un patient cancéreux peut être admis dans une unité de réanimation pour un des quatre grands motifs suivants : soins et complications postopératoires après une intervention chirurgicale difficile ou longue ; traitement d'une complication médicale grave du cancer ou de sa thérapeutique ; administration et surveillance de traitements anticancéreux intensifs, à risque et/ou nouveau ; prise en charge d'une nouvelle affection grave non liée à la maladie cancéreuse ou à son traitement (3). Une partie des admissions est donc programmée pour des raisons chirurgicales, comme dans toute unité de soins intensifs, ou médicales, ce qui est plus caractéristique du monde cancérologique

Les complications présentées par le patient cancéreux ont des caractéristiques propres, à savoir une présentation en fréquence différente par rapport à une population générale (par exemple les troubles coronariens ou les intoxications médicamenteuses volontaires sont relativement peu fréquents mais les troubles métaboliques comme l'hypercalcémie seront loin d'être rares), la survenue de problèmes tout à fait spécifiques (par exemple le syndrome de lyse tumorale) et l'existence d'une affection sévère sous-jacente (le cancer). La prise en charge devra en effet tenir compte du terrain induit par cette dernière rendant le malade plus sensible à certaines complications

liées à la présence d'une immunodépression, d'une neutropénie, de troubles hémostatiques, de syndromes paranéoplasiques et d'une inflammation chronique ("imprégnation cytokinique") liée au processus métastatique. Le traitement de la complication devra souvent intégrer les soins intensifs (traitement de soutien), le traitement du cancer sous-jacent qu'il conviendra de combattre pour venir à bout de la complication et les soins supportifs liés à la toxicité du traitement anticancéreux. Il faut en effet savoir que celui-ci est souvent accompagné d'effets secondaires beaucoup plus sévères lorsqu'il est administré à des patients en mauvais état général comme le sont les patients de réanimation. Cette approche est cependant réalisable et bénéfique aux patients. L'administration de la chimiothérapie nécessite cependant certaines précautions et connaissances (4).

La formation en soins intensifs et urgences oncologiques

La dernière question abordée dans la conférence de consensus était « Quelle formation est requise pour les médecins en soins intensifs en charge de patients atteints de cancer ? ».

Le niveau de connaissance des onco-hématologues et des médecins de réanimation dans leur discipline réciproque n'est pas abordé dans la littérature et n'est, à ce jour, ni établi ni uniformément soutenu par des programmes de formation spécifiques.

Une vaste étude multicentrique rétrospective brésilienne (5) a évalué l'effet des mesures organisationnelles en USI sur le devenir des patients onco-hématologiques. Le principal constat était que les rencontres quotidiennes entre les oncohématologues et l'équipe de soins intensifs et la mise en place de protocoles spécifiques amélioraient les chances de survie du patient.

La formation des hémato-oncologues doit être axée sur la détection précoce des défaillances d'organes et l'orientation rapide des patients vers l'unité de soins intensifs. La formation des médecins en soins intensifs devrait inclure le diagnostic, le pronostic et la prise en charge des complications spécifiques directement ou indirectement liées au cancer sous-jacent.

Les recommandations suivantes ont été données :

- Une collaboration étroite entre les onco-hématologues et l'équipe de soins intensifs, notamment à travers des réunions quotidiennes et la mise en place de protocoles est recommandée (Grade C, forte recommandation)
- Il est proposé d'encourager les universités à organiser des formations théoriques et pratiques ainsi que des cours de formation continue pour permettre à chacune des disciplines d'acquérir des connaissances suffisantes concernant la prise en charge des patients atteints de cancer (Avis d'expert, forte recommandation)
- Le jury propose également de mettre en place des études évaluant la relation entre la qualité de la communication entre les équipes et les résultats.

En ce qui concerne le nursing, il n'y avait aucune étude spécifique dans la littérature revue. Il faut cependant noter que dans notre école, un cours spécifique sur les soins intensifs oncologiques existe depuis la création de la section SIAMU en 1998.

Références

1. Meert A-P, Wittnebel S, Holbrechts S, Toffart A-C, Lafitte J-J, Piagnerelli M, et al. Critically ill cancer patient's resuscitation: a Belgian/French societies' consensus conference. *Intensive Care Med.* oct 2021;47(10):1063-77.
2. Wachter RM, Luce JM, Hearst N, Lo B. Decisions about resuscitation: inequities among patients with different diseases but similar prognoses. *AnnInternMed.* 15 sept 1989;111(0003-4819):525-32.
3. Sculier JP. Intensive care and oncology. *SupportCare Cancer.* mars 1995;3(0941-4355):93-105.
4. Moors I, Pene F, Lengline E, Benoit D. Urgent chemotherapy in hematological patients in the ICU. *CurrOpinCrit Care.* déc 2015;21(1531-7072 (Electronic)):559-68.
5. Soares M, Bozza FA, Azevedo LCP, Silva UVA, Corrêa TD, Colombari F, et al. Effects of Organizational Characteristics on Outcomes and Resource Use in Patients With Cancer Admitted to Intensive Care Units. *JCO.* 20 sept 2016;34(27):3315-24.