

Chapitre 2. Critères de triage et pronostic

Ce chapitre couvre la première question de la conférence de consensus, à savoir « quels critères de triage (1), en termes de complications et compte tenu de la maladie néoplasique sous-jacente et des éventuelles limites thérapeutiques, devraient être utilisés pour guider l'admission d'un patient atteint de cancer dans les unités de soins intensifs ? ». Ce chapitre aborde les motifs d'admission et/ou de refus en réanimation chez les patients cancéreux présentant une complication aiguë engageant le pronostic vital (hors chirurgie programmée et suivi préventif).

1. Indications d'admission à l'USI

La septicémie et l'insuffisance respiratoire sont les principales raisons d'admission aux soins intensifs chez les patients atteints de cancer (2). On peut classer les divers motifs d'admission de ces malades comme suit : infections (pneumonie, septicémie), urgences oncologiques (syndrome de la veine cave supérieure, syndrome de lyse tumorale, hypercalcémie), insuffisance respiratoire aiguë non infectieuse (TRALI = œdème pulmonaire lésionnel associé à la transfusion, TACO = surcharge circulatoire post-transfusionnelle, pneumopathie, hémorragie alvéolaire, syndrome de prise de greffe), effets indésirables de médicament (anaphylaxie, syndrome de libération de cytokines, syndrome d'ATRA = acide tout-trans rétinoïque ; microangiopathie thrombotique), complications neurologiques (convulsions, PRES = syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible), et maladie cardiovasculaire (infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive, arythmies, thrombo-embolie pulmonaire).

Plusieurs études observationnelles ont rapporté que la référence précoce aux soins intensifs était associée à une diminution de la mortalité hospitalière (3). Plusieurs scores mesurant les variations de paramètres physiologiques et biologiques clés (qSOFA, SOFA, NEWS...) peuvent aider les médecins à identifier les patients à risque de défaillance organique au début de leur maladie. Cependant, leur applicabilité et leur capacité à prédire le pronostic individuel des patients sont insuffisantes pour recommander leur utilisation lors des décisions de triage.

Les recommandations actuelles d'admission sont :

- 1) Dans les services hospitaliers, les patients atteints de cancer doivent être dépistés pour un dysfonctionnement organique aigu (Grade B, forte recommandation).
- 2) L'admission aux soins intensifs doit être discutée dès qu'un dysfonctionnement organique aigu survient (Grade B, forte recommandation).
- 3) L'admission aux soins intensifs pour les patients cancéreux gravement malades ne devrait pas être retardée (Grade B, forte recommandation).

2. Critères de triage pour l'admission aux soins intensifs

Il est important de reconnaître, en temps opportun, les souhaits et les objectifs du patient concernant le traitement de maintien de la vie aux soins intensifs en cas de détérioration grave. Il faut tenir compte de son état général.

Le pronostic lié aux complications aiguës et au cancer sous-jacent doit être pris en compte (4) :

- 1) La plupart des caractéristiques liées au cancer (type de cancer, histopathologie, etc.) ont peu d'impact sur la probabilité de survie en USI.

- 2) À l'inverse, l'état de santé initial (évalué par l'indice de performance), le fardeau des comorbidités chroniques, le nombre et la gravité des dysfonctionnements d'organes à l'admission en réanimation sont identifiés comme les principaux prédictors de la survie en réanimation.

Les recommandations pour le triage sont les suivantes :

- Une prise en charge complète en USI devrait être proposée aux patients cancéreux en bon état général avec une espérance de vie prolongée (Statut de performance ECOG 0-2), en particulier avec un cancer en rémission ou avec un traitement anticancéreux en cours. (Grade C, forte recommandation)
- Les patients cancéreux avec un mauvais état général (statut de performance ECOG 3-4) dans le mois précédant l'admission en USI, les patients qui ne sont pas ou plus éligibles pour un traitement contre le cancer, ou les patients avec une espérance de vie très courte ne devraient probablement pas bénéficier d'une Admission aux soins intensifs. (Grade C, forte recommandation)
- Les patients dont le cancer est maîtrisé et en bon état général devraient probablement être admis aux soins intensifs. Les stratégies thérapeutiques doivent être déterminées, l'intensité des soins doit être définie en fonction de la réversibilité de la complication aiguë et l'efficacité des traitements initiés doit être régulièrement évaluée. (Grade C, forte recommandation)

3. Évaluation de la prise en charge au cours du séjour à l'USI

Le concept d'essai en USI est apparu au début des années 2000 (5). L'idée est de fournir un soutien complet aux soins intensifs à certains patients au pronostic incertain, mais pour une durée limitée. Initialement, il était proposé de réévaluer la situation du patient après 3 à 5 jours de prise en charge complète en réanimation via des réunions interdisciplinaires quotidiennes entre réanimateur et oncologue/hématologue. Cependant, alors que selon une étude récente un essai en réanimation de 2 à 4 jours semble suffisant pour discriminer les survivants des non-survivants chez les patients cancéreux au pronostic défavorable, un essai en réanimation de 10 à 14 jours serait nécessaire dans d'autres situations. Il n'y a pas suffisamment de données dans la littérature pour faire une recommandation concernant le délai

La recommandation est : L'efficacité et l'intensité des soins en USI doivent être évaluées quotidiennement à la fois par les réanimateurs et les oncologues/hématologues (Grade C, forte recommandation).

4. Transplantation de cellules souches hématopoïétiques et soutien aux soins intensifs

Le pronostic des patients transplantés de cellules souches hématopoïétiques (CSH) allogéniques admis aux soins intensifs s'est amélioré au fil du temps (6). Cependant, cette amélioration est principalement observée chez les patients sans ventilation invasive, sans réaction aiguë du greffon contre l'hôte et avec un nombre limité de défaillances d'organes (≤ 2) (7).

Les recommandations en cas de transplantation de cellules souches hématopoïétiques sont les suivantes :

- La prise en charge en réanimation devrait probablement être proposée aux patients greffés allogéniques de cellules souches hématopoïétiques dès qu'un dysfonctionnement aigu d'un organe survient. Le patient et l'évolution et la sévérité de la défaillance d'organe doivent être réévalués régulièrement (Grade C, forte recommandation).
- La ventilation mécanique invasive ne devrait probablement pas être mise en œuvre ou prolongée chez les greffés de CSH allogéniques qui développent une réaction aiguë incontrôlée du greffon contre l'hôte et des défaillances multiviscérales (Grade C, forte recommandation).

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. Shimabukuro-Vornhagen A, Böll B, Kochanek M, Azoulay É, von Bergwelt-Baildon MS. Critical care of patients with cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 12 nov 2016;66(6):496-517.
3. Azoulay E, Mokart D, Pène F, Lambert J, Kouatchet A, Mayaux J, et al. Outcomes of critically ill patients with hematologic malignancies: prospective multicenter data from France and Belgium--a groupe de recherche respiratoire en réanimation onco-hématologique study. *J Clin Oncol.* 1 août 2013;31(22):2810-8.
4. Sculier JP, Paesmans M, Markiewicz E, Berghmans T. Scoring systems in cancer patients admitted for an acute complication in a medical intensive care unit. *Crit Care Med.* août 2000;28(0090-3493):2786-92.
5. Lamia B, Hellot MF, Girault C, Tamion F, Dachraoui F, Lenain P, et al. Changes in severity and organ failure scores as prognostic factors in onco-hematological malignancy patients admitted to the ICU 1. *Intensive Care Med.* oct 2006;32(0342-4642 (Print)):1560-8.
6. Lueck C, Stadler M, Koenecke C, Hoepfer MM, Dammann E, Schneider A, et al. Improved short- and long-term outcome of allogeneic stem cell recipients admitted to the intensive care unit: a retrospective longitudinal analysis of 942 patients. *Intensive Care Medicine.* sept 2018;44(9):1483-92.
7. Lengliné E, Chevret S, Moreau A-S, Pène F, Blot F, Bourhis J-H, et al. Changes in intensive care for allogeneic hematopoietic stem cell transplant recipients. *Bone Marrow Transplant.* juin 2015;50(6):840-5.