

### Chapitre 3. La réanimation cardio-pulmonaire.

Ce chapitre couvre la cinquième question de la conférence de consensus, à savoir « Quel bénéfice de la réanimation cardiorespiratoire chez les patients cancéreux et pour quelles complications ? ».

Il a été longtemps considéré que la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) était un traitement futile chez le patient atteint d'un cancer métastatique. Cette opinion provient d'une compilation de résultats publiés dans la littérature (1) où le taux de succès était faible pour le patient atteint de tout cancer (7/243 ou 3%) et nul en cas de métastases (0/117). Ces résultats ne sont en fait pas vérifiés dans les séries publiées par les équipes de réanimation des hôpitaux cancérologiques (2,3) où les taux de succès de la RCP pour un arrêt survenant lors de l'hospitalisation est de l'ordre de 10%, ce qui correspond aux chiffres habituellement décrits dans les populations générales de patients hospitalisés.

Dans une série de 49 patients médicaux atteints de cancer (3), nous avons montré que le succès ne dépend en fait ni du type de tumeur, ni de son extension, ni de son stade fonctionnel mais bien de la cause de l'arrêt cardiaque. En effet, le taux de succès est élevé s'il est directement dû à une toxicité cardio-vasculaire médicamenteuse mais est en pratique nul s'il est la conséquence ultime d'une série de complications comme lors d'un choc septique. En fait les résultats espérés sont identiques à ceux du patient ordinaire : la RCP n'est véritablement efficace que lorsque l'arrêt cardiaque résulte d'un problème aigu comme initialement décrit.

Une méta-analyse basée sur une revue systématique et publiée en 2006 (4), portant sur des patients cancéreux ayant bénéficié d'une réanimation cardiorespiratoire a confirmé les résultats de ces études princeps. Cette méta-analyse globale comprenant de nombreuses études américaines suggère que le pronostic de ces patients était généralement moins bon que celui de la population générale, et que les patients atteints d'une maladie métastatique avaient plus particulièrement un pronostic sombre en analyse univariée (non confirmé en analyse multivariée). Il faut noter que dans une étude récente danoise (5), en cas d'arrêt cardiaque survenant hors milieu hospitalier, le cancer n'apparaît pas un facteur indépendant de mauvais pronostic après succès de la réanimation.

Une autre revue systématique avec un total de 23 études de réanimation générale (6) a évalué les facteurs pré-arrêt et intra-arrêt associés à la survie après un arrêt cardiaque à l'hôpital. Parmi les facteurs pré-arrêt, le sexe masculin, l'augmentation de l'âge, la malignité active et la maladie rénale chronique étaient associés à une survie réduite. Parmi les facteurs intra-arrêt, un arrêt assisté, un environnement surveillé, un arrêt cardiaque pendant la journée et un rythme choquable étaient associés à une survie accrue, tandis que l'intubation trachéale et une réanimation prolongée étaient associées à une survie réduite. Ces résultats suggèrent des associations entre des facteurs pronostiques importants et la survie après un arrêt cardiaque à l'hôpital.

Les circonstances dans lesquelles la RCP est débutée et qui contribuent à la mortalité (intra- ou extrahospitalières, type de rythme choquable ou non choquable, massage de contrôle, durée sans débit) ainsi que la technique de réanimation sont rarement rapportées. De plus, la prise en charge après retour au rythme spontané (angiographie coronarienne si nécessaire, hypothermie thérapeutique) est rarement évoquée, alors que d'autres déjà cités (5) ont constaté que les patients atteints de cancer recevaient significativement moins d'investigations et de traitements par rapport à la population générale. Néanmoins, les auteurs ont noté une amélioration de la survie dans le temps dans cette population. Les données sur les complications physiques, émotionnelles et économiques de la RCP chez les patients atteints de cancer et leurs familles ne sont pas disponibles.

Les recommandations suivantes ont été faites :

- Les décisions de réanimation chez les patients cancéreux doivent être anticipées et clairement reportées dans le dossier du patient (Avis d'expert, recommandation forte)
- Sauf pour les patients ayant des limitations thérapeutiques connues, la réanimation cardiorespiratoire doit être pratiquée chez les patients cancéreux (Avis d'expert, recommandation forte)

En Belgique, depuis 2017, suite à un prescrit ministériel imposant l'enregistrement informatisé des volontés thérapeutiques du patient, tout malade hospitalisé oit avoir une information dans son dossier sur les limites thérapeutiques y compris l'absence de statut spécifique et de limitations thérapeutiques (Arrêté ministériel fixant les modalités de répartition du budget de l'année 2017 visé à l'article 61, § 1er, 4<sup>o</sup>, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux).

### Références

1. Faber-Langendoen K. Resuscitation of patients with metastatic cancer. Is transient benefit still futile? *ArchInternMed.* févr 1991;151(0003-9926):235-9.
2. Vitelli CE, Cooper K, Rogatko A, Brennan MF. Cardiopulmonary resuscitation and the patient with cancer. *JClinOncol.* janv 1991;9(0732-183X):111-5.
3. Sculier JP, Markiewicz E. Cardiopulmonary resuscitation in medical cancer patients: the experience of a medical intensive-care unit of a cancer centre. *SupportCare Cancer.* mai 1993;1(0941-4355):135-8.
4. Reisfield GM, Wallace SK, Munsell MF, Webb FJ, Alvarez ER, Wilson GR. Survival in cancer patients undergoing in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. *Resuscitation.* nov 2006;71(0300-9572 (Print)):152-60.
5. Winther-Jensen M, Kjaergaard J, Hassager C, Køber L, Lippert F, Søholm H. Cancer is not associated with higher short or long-term mortality after successful resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest when adjusting for prognostic factors. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care.* 10 août 2018;204887261879409.
6. Fernando SM, Tran A, Cheng W, Rochweg B, Taljaard M, Vaillancourt C, et al. Pre-arrest and intra-arrest prognostic factors associated with survival after in-hospital cardiac arrest: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 4 déc 2019;l6373.