

Chapitre 5. Le support hémodynamique.

Ce chapitre couvre la quatrième question de la conférence de consensus, à savoir « Quel support hémodynamique utiliser, pour quelles complications, et dans quel environnement ? ».

Aucune des études sélectionnées par la revue systématique ne fournit d'informations utiles pour établir des recommandations spécifiques à la réanimation oncologique. Faute de données précises, il est nécessaire d'appliquer les recommandations actuellement proposées en réanimation générale en soins oncologiques (1)(2).

Il convient de noter en termes de preuve que les études originales sur le traitement du choc incluent des patients cancéreux et immunodéprimés dans les populations de patients sélectionnées comme illustré par les références suivantes (3) (4), citées à titre d'exemples. Dans les multiples études sur le sujet, il n'y a d'ailleurs apparemment pas d'analyses de sous-groupes publiées suggérant une différence dans le comportement hémodynamique des patients cancéreux.

Concernant le sepsis et le choc septique, les définitions initiales appelées sepsis 1 (5) qui résultaient de la découverte du rôle des cytokines comme médiateurs du processus hémodynamique reposaient en termes de niveau de preuve chez l'homme sur un cas clinique d'un patient traité par interleukine-2 (6). Ce patient avait un cancer du rein avec des métastases osseuses et pulmonaires. Les définitions du sepsis ont été révisées (Sepsis 3) avec la disparition de la notion de sepsis sévère (7). Une étude récente (8) suggère que les scores proposés pour la nouvelle définition, SOFA et SOFA rapide, sont plus sensibles et plus précis que l'ancien SIRS de Sepsis 1 et 2 pour prédire la mortalité en réanimation et à l'hôpital des patients cancéreux gravement malades admis aux soins intensifs et suspecté d'être infectés. Une deuxième étude rétrospective a été réalisée à l'Institut Bordet (9) confirmant que la nouvelle définition du sepsis et du choc septique est applicable dans une population oncologique en réanimation avec la même fiabilité qu'en population générale. Dans une population de 353 patients (241 avec une tumeur solide et 112 avec une hémopathie maligne), le score SOFA était plus précis que les critères qSOFA et SIRS pour prédire la mortalité hospitalière.

Une étude brésilienne randomisée (10) a comparé la vasopressine à la noradrénaline comme traitement vasopresseur. Au total, 250 patients ont été randomisés. La mortalité toutes causes confondues 28 jours après la randomisation, critère de jugement principal, n'a pas montré de différence significative : 56,8 % dans le groupe vasopressine et 52,8 % dans le groupe noradrénaline ($p = 0,52$). Il n'y avait pas non plus de différence significative dans la mortalité à 90 jours. La vasopressine en traitement vasopresseur de première intention ne s'est donc pas avérée supérieure à la noradrénaline, confirmant les résultats obtenus en réanimation générale.

Recommandations

Les lignes directrices internationales pour la prise en charge du choc chez les patients gravement malades et non immunodéprimés admis aux soins intensifs doivent être appliquées aux patients atteints de cancer (Avis d'expert, recommandation forte).

Considérations techniques

La réanimation du patient choqué est basée sur l'utilisation de cathéters veineux centraux destinés à administrer les liquides et à évaluer l'état hémodynamique. Le cancéreux a souvent déjà en place un cathéter veineux central, relié à une chambre d'implantation permanente. Il a été montré que la mesure de la pression veineuse centrale par ce système était fiable. En cas de troubles de coagulation, notamment thrombopénies sévères, les cathéters veineux centraux peuvent être placés

sans risque majeur sous couverture de transfusions de plaquettes et par un médecin expérimenté. Eventuellement, un guidage par Doppler peut s'avérer utile.

Références

1. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med.* mars 2017;43(3):304-77.
2. Cecconi M, De Backer D, Antonelli M, Beale R, Bakker J, Hofer C, et al. Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* déc 2014;40(12):1795-815.
3. Sakr Y, Reinhart K, Vincent J-L, Sprung CL, Moreno R, Ranieri VM, et al. Does dopamine administration in shock influence outcome? Results of the Sepsis Occurrence in Acutely Ill Patients (SOAP) Study*: *Critical Care Medicine.* mars 2006;34(3):589-97.
4. Young P, Bailey M, Beasley R, Henderson S, Mackle D, McArthur C, et al. Effect of a Buffered Crystalloid Solution vs Saline on Acute Kidney Injury Among Patients in the Intensive Care Unit: The SPLIT Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 27 oct 2015;314(16):1701.
5. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest.* juin 1992;101(6):1644-55.
6. Sculier JP, Bron D, Verboven N, Klastersky J. Multiple organ failure during interleukin-2 administration and LAK cells infusion. *Intensive Care Med.* 1988;14(0342-4642):666-7.
7. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 23 févr 2016;315(8):801.
8. Costa RT, Nassar AP, Caruso P. Accuracy of SOFA, qSOFA, and SIRS scores for mortality in cancer patients admitted to an intensive care unit with suspected infection. *J Crit Care.* juin 2018;45:52-7.
9. Nathan N, Sculier J-P, Ameye L, Paesmans M, Bogdan-Drăgăș G, Meert A-P. Sepsis and Septic Shock Definitions in Patients With Cancer Admitted in ICU. *J Intensive Care Med.* 23 déc 2019;885066619894933.
10. Hajjar LA, Zambolim C, Belletti A, de Almeida JP, Gordon AC, Oliveira G, et al. Vasopressin Versus Norepinephrine for the Management of Septic Shock in Cancer Patients: The VANCS II Randomized Clinical Trial*. *Critical Care Medicine.* déc 2019;47(12):1743-50.