

## Chapitre 11. Considérations spécifiques.

Ce chapitre couvre la septième question de la conférence de consensus, à savoir « Quelles sont les spécificités à prendre en compte en réanimation ? ».

### 1. Barrières et protection contre les infections

#### A. Prophylaxie antibiotique contre les infections bactériennes

Des études sur la prophylaxie antibiotique chez des patients neutropéniques atteints de tumeurs malignes solides et hématologiques ont rapporté un bénéfice limité et inconsistant sur la mortalité. L'utilisation de l'antibioprophylaxie est associée à une incidence accrue de résistance bactérienne aux molécules utilisées mais aussi de bactéries multirésistantes. Aucune étude n'a spécifiquement évalué l'antibioprophylaxie en USI chez les patients cancéreux (1).

##### *Recommandations*

La prophylaxie antibiotique ne devrait probablement pas être administrée aux patients cancéreux en soins intensifs, en dehors du cadre périopératoire. (Avis d'expert, faible recommandation)

#### B. Contrôle environnemental

L'isolement protecteur s'est avéré efficace pour limiter les complications infectieuses et même la mortalité chez les patients neutropéniques. L'isolement protecteur semble être le plus efficace chez les patients présentant une neutropénie profonde ( $< 500/\text{mm}^3$ ) et/ou prolongée ( $> 7$  jours). Cependant, il existe une grande variation dans les modalités d'isolement protecteur d'une étude à l'autre et toutes les modalités ne réduisent pas le risque de contamination aéroportée par les spores d'*Aspergillus*.

L'isolement protecteur doit comprendre l'isolement géographique (chambre individuelle), l'isolement technique (soignants et visiteurs vêtus de gants, blouse chirurgicale, bonnet et masque) et la désinfection des surfaces. La filtration de l'air (filtre HEPA et flux laminaire) et un sas sont des mesures recommandées, notamment dans le cadre d'un déficit immunitaire profond. Cependant, ces mesures ne doivent pas entraver la qualité des soins aux patients atteints de cancer en phase critique et doivent être adaptées aux possibilités architecturales de l'unité. Il convient de noter qu'en l'absence d'un élément de ces mesures, le bénéfice de l'isolement n'est plus observé.

Il est à noter que cette recommandation est basée sur des études publiées il y a plus de 30 ans. La reproductibilité de ces études dans la pratique actuelle est incertaine (2).

##### *Recommandations*

L'isolement protecteur devrait probablement être requis en cas de neutropénie profonde ( $< 500/\text{mm}^3$ ) et/ou prolongée ( $> 7$  jours) chez les patients cancéreux en phase critique. Cependant, les avantages de l'isolement protecteur doivent être compensés par le risque d'événements indésirables, plus particulièrement dans un contexte d'urgence (Grade C, forte recommandation)

### 2. Choix de l'abord vasculaire et prévention des infections

#### A. Choix de l'abord vasculaire

Il n'existe pas de littérature spécifiquement consacrée aux patients atteints de cancer. Par conséquent, les recommandations pour les patients gravement malades doivent être appliquées (3) (4). Cependant, en raison d'un risque plus élevé de complications (hémorragiques et infectieuses) (5), une stratégie privilégiant l'utilisation primaire d'une voie veineuse périphérique doit être évaluée chez les patients cancéreux en état critique avant de la recommander.

#### *Recommandations*

L'utilisation de cathéters centraux à plusieurs lumières est préférable en USI (Grade C, forte recommandation)

### **B. Gestion de l'approche vasculaire**

Toute approche vasculaire augmente le risque d'infection et de thrombose. Plusieurs approches ont été étudiées : cathéter veineux central (CVC) (jugulaire, sous-clavier ou fémoral), cathéter central à insertion périphérique (PICC) ou cathéter à port implanté ; cependant, aucune étude n'a comparé ces trois modalités ensemble. La ligne veineuse périphérique initiale suivie d'un CVC a eu plus de complications par rapport au CVC de première ligne. La durée de vie moyenne du cathéter est de 10 jours (critère d'évaluation : infection). Les cathéters à port implanté ont le taux d'infection le plus bas, tandis que les CVC ont le plus haut et les PICC ont un risque intermédiaire (6).

### **C. Gestion du cathéter**

Deux méthodes sont décrites : les cathéters imprégnés d'antiseptiques et l'utilisation d'éponges antiseptiques ; leur application stricte est faisable et est associée à une réduction des infections liées aux cathéters. L'utilisation de cathéters imprégnés n'est pas associée à une réduction des complications infectieuses ou de la mortalité (7). Toutes les données ont été extraites d'études réalisées dans la population générale des soins intensifs qui, cependant, incluaient des patients cancéreux gravement malades.

En l'absence de données précises, les recommandations générale pour les patients gravement malades doivent être appliquées (4).

#### *Recommandations*

Les directives générales concernant le placement et la gestion du cathéter veineux central sont susceptibles d'être applicables chez les patients cancéreux gravement malades (Grade C, forte recommandation).

## **3. Intégration des soins de soutien en soins intensifs**

Neuf essais contrôlés randomisés ont montré l'importance des soins de soutien et palliatifs précoces dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Ils se sont concentrés sur la prise en charge globale des patients, en dehors du contexte spécifique des soins intensifs. Le recours aux soins de support est souvent insuffisant et initié tardivement dans l'histoire du cancer (8).

#### *Recommandations*

- Tous les patients atteints d'un cancer en phase critique devraient recevoir des soins de soutien optimaux avant, pendant et après leur séjour à l'USI, en accord avec leurs souhaits en termes

d'intensité des soins, de capacités de récupération et de qualité de vie à court et moyen terme (Grade C, forte recommandation).

- Les soins de support devraient probablement être instaurés précocement chez les patients atteints de cancer (Grade C, recommandation forte).

Le choix d'un modèle intégratif, consultatif ou mixte se fait en fonction des possibilités locales et de l'existence d'un suivi pluridisciplinaire préalable (oncologue ou hématologue, réanimateur, spécialiste en soins palliatifs). Les programmes de formation initiale et continue en soins de support/palliatifs pour les équipes de réanimation, d'oncologie et d'hématologie doivent être encouragés.

#### **4. Quels acteurs devraient être impliqués dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer en état critique ?**

##### *Recommandations*

Il convient d'envisager une collaboration étroite, pluridisciplinaire et avancée tout au long de l'anamnèse cancéreuse incluant au moins l'oncologue/hématologue et l'intensiviste, si nécessaire élargie à d'autres spécialités, pour améliorer la fluidité, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients atteints d'un cancer en état critique (9) (Grade C, recommandation forte).

##### Références

1. Martin C, Auboyer C, Boisson M, Dupont H, Gauzit R, Kitzis M, et al. Antibioprophylaxis in surgery and interventional medicine (adult patients). Update 2017. *Anaesth Crit Care Pain Med.* oct 2019;38(5):549-62.
2. Eckmanns T, Ruden H, Gastmeier P. The influence of high-efficiency particulate air filtration on mortality and fungal infection among highly immunosuppressed patients: a systematic review. *J Infect Dis.* 15 mai 2006;193(0022-1899 (Print)):1408-18.
3. Texte intégral [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00134-021-06508-w.pdf>
4. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Control.* mai 2011;39(4 Suppl 1):S1-34.
5. Ricard JD, Salomon L, Boyer A, Thiery G, Meybeck A, Roy C, et al. Central or Peripheral Catheters for Initial Venous Access of ICU Patients: A Randomized Controlled Trial. *Critical Care Medicine.* sept 2013;41(9):2108-15.
6. Taxbro K, Hammarskjöld F, Thelin B, Lewin F, Hagman H, Hanberger H, et al. Clinical impact of peripherally inserted central catheters vs implanted port catheters in patients with cancer: an open-label, randomised, two-centre trial. *Br J Anaesth.* juin 2019;122(6):734-41.

7. Lai NM, Chaiyakunapruk N, Lai NA, O'Riordan E, Pau WSC, Saint S. Catheter impregnation, coating or bonding for reducing central venous catheter-related infections in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 16 mars 2016;3:CD007878.
8. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albreht T, Anderson R, Bruera E, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol.* nov 2018;19(11):e588-653.
9. 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.