

Situations critiques en oncohématologie

Critical situations in oncohaematology

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SO025

Évolution de la mortalité et impact du volume d'actes sur le pronostic du choc septique en oncohématologie

B. Zuber¹, T.C. Tran², P. Aegerter², D. Grimaldi¹, B. Guidet³, J.-P. Mira¹, F. Pene¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Cochin, Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

²Département de santé publique, CHU Ambroise-Paré, Boulogne, France

³Service de réanimation médicale, CHU Saint-Antoine, Paris, France

Introduction : Le choc septique est une complication fréquente grevée d'une mortalité élevée chez les patients d'oncohématologie (POH). La prise en charge du choc septique a récemment bénéficié d'avancées thérapeutiques qui ont permis une amélioration globale du pronostic. Quelques études monocentriques issues de centres à haut volume d'activité ont récemment rapporté une amélioration récente de la survie du choc septique chez les POH. Cependant, l'évolution du pronostic du choc septique en oncohématologie à une plus large échelle et l'influence éventuelle d'un effet-centre n'ont pas été évaluées.

Patients et méthodes : Nous avons exploité la base de données CUB-Réa qui recense les admissions en réanimation de la région Île-de-France. Nous avons identifié les POH (tumeurs solides ou hémopathies malignes) pris en charge pour choc septique durant une période de 12 ans (1997–2008). Nous avons étudié l'évolution des caractéristiques des patients, de la mortalité au cours du temps et les facteurs pronostiques, avec en particulier l'impact du volume d'actes des services.

Résultats : Entre 1997 et 2008, 3 437 POH ont été admis dans 37 services de réanimation pour choc septique. Durant la période de l'étude, les caractéristiques des patients se sont sensiblement modifiées, avec une augmentation de l'âge associée à une augmentation relative de la proportion de tumeurs solides. La sévérité globale des patients évaluée par l'IGS2 est demeurée stable au cours du temps. La mortalité a très significativement diminué ($p < 0,001$) entre 1997 et 2008 (de 70 à 52,5 % pour la mortalité en réanimation et de 72 à 56 % pour la mortalité hospitalière). Outre les facteurs pronostiques classiques liés à l'âge et aux défaillances d'organes, nous avons identifié le volume d'activité des services comme facteur pronostique indépendant. Les services avec volume d'activité important (> 12 patients par an) étaient quasi exclusivement liés à une structure hospitalo-universitaire (92,7 %), disposaient le plus souvent à la fois d'un service d'oncologie et d'hématologie clinique au sein de l'hôpital (75 %) et avaient de fait une proportion plus élevée de patients porteurs d'hémopathies malignes. De manière intéressante, nous avons constaté une tendance à une concentration progressive, au cours du temps, des patients vers les services à haut volume d'activité qui a pu contribuer à l'amélioration du pronostic observée durant cette période.

Conclusion : Dans cette large étude de cohorte, nous rapportons une importante diminution de la mortalité du choc septique chez les POH sur une période de 12 ans, qui confirme ainsi les observations issues d'études monocentriques de moindre effectif. De plus, nous avons

identifié le volume d'activité des services comme facteur pronostique indépendant. Ces résultats pourraient avoir des implications en termes d'offre de soins et d'orientation pour ces patients à haut risque.

SO026

Résumé retiré à la demande de l'auteur

SO027

Pronostic des patients admis en réanimation pour complications inaugurales des lymphomes

C. Algrin¹, S. Faguer¹, V. Lemiale¹, A. Seguin¹, E. Mariotte¹, A. Debrumetz¹, E. Canet¹, L. Galicier², C. Thieblemont³, B. Schlemmer¹, E. Azoulay¹

¹Service de réanimation médicale, hôpital Saint-Louis, Paris, France

²Service d'immunologie clinique, hôpital Saint-Louis, Paris, France

³Service d'oncohématologie, hôpital Saint-Louis, Paris, France

Introduction : Les complications inaugurales des hémopathies malignes n'ont jamais fait l'objet d'une étude ciblée. Pourtant, les complications infectieuses, compressives ou spécifiques/inflammatoires (hémophagocytose) conduisent souvent ces patients en réanimation, en particulier au cours des lymphomes et des leucémies.

Patients et méthodes : Cohorte 2000–2010 de patients admis en réanimation autour du diagnostic de lymphome. Une analyse multivariée (régression logistique) a permis d'identifier les facteurs associés avec la mortalité hospitalière.

Résultats : Cent quatre-vingt-dix patients étaient admis en réanimation avant ou au cours de la première cure de chimiothérapie pour lymphome : lymphome B diffus à grandes cellules ($n = 55$), lymphome de Burkitt ($n = 45$), lymphome cérébral primitif ($n = 6$), lymphomes B autres ($n = 36$), lymphomes T ($n = 34$) et lymphome de Hodgkin ($n = 14$). Le lymphome était disséminé dans 94 % des cas. Les patients étaient âgés de 49 ans (35–63). La moitié avait au moins une comorbidité, et 56 (29,4 %) patients avaient un mauvais *performans status*. Le diagnostic de lymphome datait de cinq jours (0–17). Les motifs d'admission en réanimation étaient une insuffisance rénale (36 %), un état de choc (27 %), respiratoire (26 %), neurologique (22 %) ou prophylactique (12 %). Un sepsis était présent à l'admission dans 40 (21 %) cas, un syndrome de lyse dans 59 (31 %) cas et une hémophagocytose dans 46 (24 %) cas. Dix-sept (9 %) patients étaient neutropéniques à l'admission en réanimation. Le score SOFA était à 4 (1–7). La ventilation était nécessaire chez 81 (42,6 %) patients, la dialyse chez 78 (41 %) patients et les amines chez 57 (30 %) patients. Cent quarante (74 %) patients ont reçu de la chimiothérapie en réanimation. La mortalité en réanimation était de 22,1 %, 34,6 % à la sortie de l'hôpital, 51 % à un an et 61,2 % aux dernières nouvelles (à 22,4 mois [11–45]). En analyse multivariée, sept facteurs étaient associés à la

mortalité hospitalière : l'âge au-delà de 50 ans (OR : 2,23 ; IC : [1,02–4,9]), le *performans status* à 3 ou 4 (OR : 3,01 ; IC : [1,47–6,54]), le score SOFA (OR : 1,15/point, IC : [1,04–1,27]), la présence d'une hémophagocytose (OR : 2,57, IC : [1,03–6,40]), un lymphome de Burkitt (OR : 3,36 ; IC : [1,38–8,19]) et un lymphome cérébral primitif (OR : 7,32 ; IC : [1,06–50,54]). Une admission après 2004 était associée à un meilleur pronostic (OR : 0,35 ; IC : [0,15–0,78]).

Conclusion : Les patients porteurs d'un lymphome peuvent nécessiter la réanimation pour complication inaugurale à type essentiellement de syndrome de lyse tumorale, activation macrophagique ou sepsis. Dans cette population de gravité intermédiaire, mais où 63 % des patients ont bénéficié d'une suppléance d'organe, la mortalité hospitalière était de seulement 35 % avec une bonne survie à long terme.

SO028

Leucémie aiguë myéloblastique à haut risque : induction en réanimation ou en hématologie ?

E. Lengline¹, E. Raffoux¹, V. Peigne², V. Lemiale², N. Boissel¹, A. Seguin², E. Canet², A. Debrumetz², E. Mariotte², B. Schlemmer², E. Azoulay²

¹Service d'hématologie clinique adultes, hôpital Saint-Louis, Paris, France

²Service de réanimation médicale, hôpital Saint-Louis, Paris, France

Introduction : Dix pour cent des patients atteints de leucémie aiguë myéloblastique (LAM) décèdent dans les premiers jours suivant le diagnostic en raison de complications inaugurales (leucostase, lyse tumorale). Chez les survivants, ces complications gênent le traitement hématologique optimal du fait des défaillances d'organe résiduelles. L'admission précoce en réanimation (avant toute chimiothérapie et avant la survenue de défaillance) pourrait être bénéfique.

Patients et méthodes : Cohorte 1998–2008 incluant des patients adultes atteints de LAM inaugurale, admis en réanimation avant tout traitement et ne nécessitant pas d'assistance vitale immédiate. Les 42 patients inclus ont été appariés selon l'âge, la leucocytose et le type FAB avec des patients admis initialement en salle d'hématologie. Les données cliniques, biologiques et d'évolution ont été analysées.

Résultats : Quatre-vingt-quatre patients ont été étudiés (42 admis précocement en réanimation et 42 admis en hématologie). L'âge moyen était de 46,5 ans (36–57). Les sous-types FAB M4 et M5 concernaient 58 % des patients. La leucocytose médiane de $103 \times 10^9/l$. Le caryotype (MRC) était favorable dans 30 % et défavorable dans 19 % des cas. Parmi les patients admis initialement en hématologie, 20 (47,6 %) ont dû être transférés en réanimation secondairement, dans un délai de quatre (un-neuf) jours. Les variables démographiques et hématologiques n'étaient pas associées à la survenue d'un transfert secondaire en réanimation. En revanche, les paramètres physiologiques au moment du diagnostic, tels que la spO_2 , la fréquence respiratoire, la pression artérielle et la fréquence cardiaque, mesurés sous la forme du score de Seymour étaient corrélés à la survenue subséquente de défaillances d'organe. Les patients admis tardivement en réanimation avaient moins de chance de recevoir la totalité de la chimiothérapie d'induction (68 vs 88 %). Ils nécessitaient plus fréquemment une ventilation mécanique (60 vs 33 %) ou des catécholamines (60 vs 16 %). Ces différences étaient responsables d'un séjour plus long en réanimation (9 [6–25] vs 5 jours [2–9]) et d'une surmortalité (35 vs 21 % ; $p = 0,04$).

Conclusion : Chez les patients porteurs d'une LAM inaugurale à haut risque, l'admission tardive en réanimation est délétère en termes de survenue de défaillances d'organe et de survie. La mesure des paramètres physiologiques au moment du diagnostic pourrait permettre de prédire cette évolution. L'admission préventive en réanimation de ces patients à haut risque doit être évaluée prospectivement avec l'espoir d'améliorer le pronostic des complications inaugurales de LAM.

SO029

Causes de décès aux soins intensifs oncologiques et influence de la limitation au support vital sur la mortalité : une étude rétrospective

A.P. Meert, S. Dept, T. Berghmans, J.-P. Sculier

Département de soins intensifs et d'oncologie thoracique, institut Jules-Bordet, Bruxelles, Belgique

Introduction : Les patients oncologiques sont à risque de complications favorisées ou non par le cancer, dont le traitement nécessite parfois l'admission aux soins intensifs. Leur devenir et les causes de mort en réanimation oncologique ont été peu étudiés et peu de données concernent les limites de support vital (« statut » ou « code »). Les objectifs de cette étude sont de déterminer les caractéristiques, les causes d'admission et les causes de décès des patients cancéreux morts à l'unité de soins intensifs (USI), de déterminer les facteurs associés au choix du statut et la place de la limitation au support vital.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective concernant les admissions aux soins intensifs de l'institut Jules-Bordet sur deux ans, incluant les patients cancéreux décédés, admis pour une complication médicale ou chirurgicale urgente.

Résultats : Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2009, 780 admissions correspondant à 658 patients ont été enregistrées à l'USI médico-chirurgicale de l'institut Jules-Bordet. Parmi ces patients, 83,7 % présentaient une affection néoplasique. Au cours de cette période, 71 patients cancéreux (10,8 % des patients admis aux soins intensifs) sont décédés, dont 60 aux soins intensifs et 11 en salle banalisée, où ils avaient été transférés pour soins de fin de vie. Parmi ces patients, il y avait 38 hommes (53,5 %) et 33 femmes (46,5 %). L'âge médian était de 57 ans. Parmi les 46 patients avec une tumeur solide (64,8 % ; 19 cancers bronchiques, six cancers mammaires, six cancers du tube digestif, cinq cancers gynécologiques, quatre cancers urologiques, quatre cancers de la tête et du cou, un mélanome et un sarcome), 43 (93,5 %) étaient à un stade métastatique. Parmi les 25 patients hématologiques (35,2 % ; 14 leucémies aiguës, sept lymphomes, trois leucémies chroniques un syndrome myélosplasique), six (24 %) avaient bénéficié d'une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques. La principale cause d'admission était une insuffisance respiratoire (36,6 %) souvent liée à un problème infectieux (21 pneumopathies infectieuses). Une infection est directement liée au décès dans 53,5 % des cas, et une complication du traitement est à l'origine de 40,8 % des décès. Pour 12 patients, une limitation au support vital avait été décidée à l'admission en réanimation, et pour neuf autres, cette décision a été prise dans les 24 heures de l'admission aux soins intensifs, principalement suite à un cancer évolutif. Pour 33 patients, une limitation fut instaurée au-delà de 24 heures, du fait de l'évolution péjorative de la complication aiguë. Dix-sept patients sont restés sans limitation thérapeutique et sont tous décédés sous ventilation mécanique. Quarante-sept pour cent des patients sans limitation thérapeutique n'ont pas bénéficié de réanimation cardiopulmonaire.

Conclusion : Les problèmes infectieux sont la principale cause d'admission et de décès des patients cancéreux morts à l'USI. La majorité des

patients présentait une limitation thérapeutique au moment du décès ; tous les patients sans limitations sont morts intubés et ventilés.

SO030

La neutropénie fébrile chez les patients se présentant aux urgences d'un hôpital cancérologique

C. Debey¹, A.P. Meert¹, T. Berghmans¹, J.-M. Thomas², J.-P. Sculier¹

¹Département de soins intensifs et d'oncologie thoracique, institut Jules-Bordet, Bruxelles, Belgique

²Département de médecine générale, ULB, Bruxelles, Belgique

Introduction : La neutropénie fébrile (NF) est une cause fréquente de fièvre chez le patient cancéreux qui nécessite l'instauration rapide d'une antibiothérapie à large spectre. Le but de notre étude est d'évaluer la fréquence des NF chez les patients cancéreux se présentant aux urgences et leur prise en charge.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les patients cancéreux ambulatoires se présentant entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2008, dans un contexte de fièvre, au service d'urgences de l'institut Jules-Bordet, un hôpital cancérologique. Tout patient porteur d'une néoplasie et présentant de la fièvre définie, comme une température supérieure ou égale 38 °C, a été inclus. En cas de NF, les patients à faible risque de complication sérieuse ont été identifiés par un outil validé : le score de la Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) en vue d'identifier les patients qui pourraient, éventuellement, bénéficier d'une antibiothérapie moins intensive et/ou d'une prise en charge ambulatoire. La neutropénie a été définie par un nombre de neutrophiles absolus

inférieur à 500/mm³ ou, à défaut, par un nombre de globules blancs inférieur à 1 000/mm³.

Résultats : Sur 2 130 consultations aux urgences, 408 ont été retenues (313 patients), car le patient présentait de la fièvre dont 21,6 % (88) correspondaient à une NF. Une plainte focalisée ou un signe physique étaient présents dans la majorité des cas. Le diagnostic établi en salle d'urgence était une infection focalisée dans la majorité des cas (61,4 % des cas). Le foyer principal est ORL/buccodentaire. Il n'y a eu que peu de patients avec une fièvre nue, et donc pour lesquels, il est difficile d'émettre une hypothèse diagnostique avec un traitement probabiliste. La majorité des consultations a abouti à une hospitalisation. Le diagnostic final établi en fin d'hospitalisation est une infection dans la majorité : il y a eu 31 infections microbiologiquement documentées, dont neuf avec hémocultures positives, et 27 infections cliniquement documentées. Cinquante pour cent des diagnostics finaux sont en accord avec le diagnostic clinique initial. Quatre-vingt-huit pour cent des épisodes de NF ont été évalués à faible risque de complications sérieuses (score MASCC \geq 21), et un peu plus de la moitié a été traitée par une antibiothérapie orale. Sur les 80 hospitalisations pour NF, six décès sont survenus. Il n'y a eu aucun décès parmi les patients renvoyés à domicile.

Conclusion : Notre étude montre que chez ces patients, la NF est fréquente et qu'elle est associée à un faible risque dans la majorité des cas. Actuellement, on envisage de plus en plus régulièrement une prise en charge ambulatoire ou, du moins, une sortie précoce d'hospitalisation en cas de NF évaluée à faible risque de complications. Cette approche ambulatoire requiert la collaboration active des structures de médecine générale.