



# Réanimation et cancer du poumon

Anne-Claire Toffart

# 1<sup>ères</sup> questions à se poser devant un patient qui présente une défaillance d'organe

- Point de vue du patient:  
Que sait-il? Que veut-il ? Que ne veut-il pas ? Est-il d'accord pour une admission en réanimation ?
- Point de vue de l'oncologue référent:  
Quel est mon projet thérapeutique? Ai-je un traitement efficace à lui proposer?
- **Anticiper les situations aiguës protège le patient** contre
  - un refus inapproprié de réanimation
  - ou une admission correspondant à une obstination déraisonnable

# Objectif d'une admission en réanimation

- Permettre au patient de
  - retrouver un état clinique permettant une sortie de réanimation
  - avec une qualité de vie acceptable
  - et, idéalement, la poursuite des traitements anti-tumoraux
- Donc n'est raisonnable que pour
  - un patient avec défaillance d'organe potentiellement réversible
  - ou un patient à risque de défaillance d'organe pour lequel la surveillance en service de médecine n'est pas adaptée

- 1. Aspects éthiques de l'admission en réanimation**
- 2. Elaboration dans chaque centre d'une procédure d'admission en réanimation**
- 3. Éléments participant à la réflexion d'admission en réanimation**

# 1. Aspects éthiques de l'admission en réanimation

2. Elaboration dans chaque centre d'une procédure d'admission en réanimation

3. Eléments participant à la réflexion d'admission en réanimation

# Réflexion anticipée, pourquoi?

- Un patient avec un cancer
  - À risque de développer des complications en lien
    - Avec la maladie métastatique et les traitements anti-tumoraux
    - Avec ses comorbidités
    - Au décours d'un épisode aigu indépendant
  - Le plus souvent cette admission en réanimation dans le contexte de l'urgence
    - Avec des médecins ne connaissant pas le patient
    - Un patient /proches incapables d'exprimer leurs souhaits
- L'information dans le dossier médical doit être complète: projet thérapeutique et souhaits du patient

## Acteurs de la décision

### Patient

- Est au cœur de la décision
- Information, projet de soin, projet de vie, cheminement personnel
- Désignation d'une personne de confiance / Directives anticipées

***Facteurs limitants: ambivalence, angoisse ?***



***Concertation,  
anticipation et  
traçabilité  
chaque fois  
que possible***

## Le réanimateur

Doit faire la part entre une obstination thérapeutique déraisonnable et une potentielle perte de chance pour le patient

# Discussion anticipée sur les conditions de fin de vie

- Étude prospective sur 1231 patients avec un CBP ou CCRm

Care	No.	%
Aggressive EOL care		
Chemotherapy in last 14 days of life	197	16
Acute care in last 30 days of life	496	40
ICU care in last 30 days of life	71	6
Aggressive care		
None	649	53
Any	582	47
Hospice care		
None	513	42
Any*	718	58
Within 3 days of death	59	8
Within 7 days of death	107	15



# Discussion anticipée sur les conditions de fin de vie

Characteristic	ICU Care in Last 30 Days of Life†		
	OR	95% CI	<i>P</i>
EOL discussion			
No discussion	Reference		
MR only	2.02	0.78 to 5.23	.15
Patient/surrogate reported (survey only or MR plus survey)	0.77	0.33 to 1.80	.55
Days between first EOL discussion and death			.16
≤ 30	Reference		
31-60	0.65	0.31 to 1.35	
61-90	0.69	0.28 to 1.69	
> 90	0.37	0.14 to 0.95	
Medical oncologist present at first discussion	0.44	0.22 to 0.85	.01
Inpatient at first discussion	2.77	1.56 to 4.91	< .001

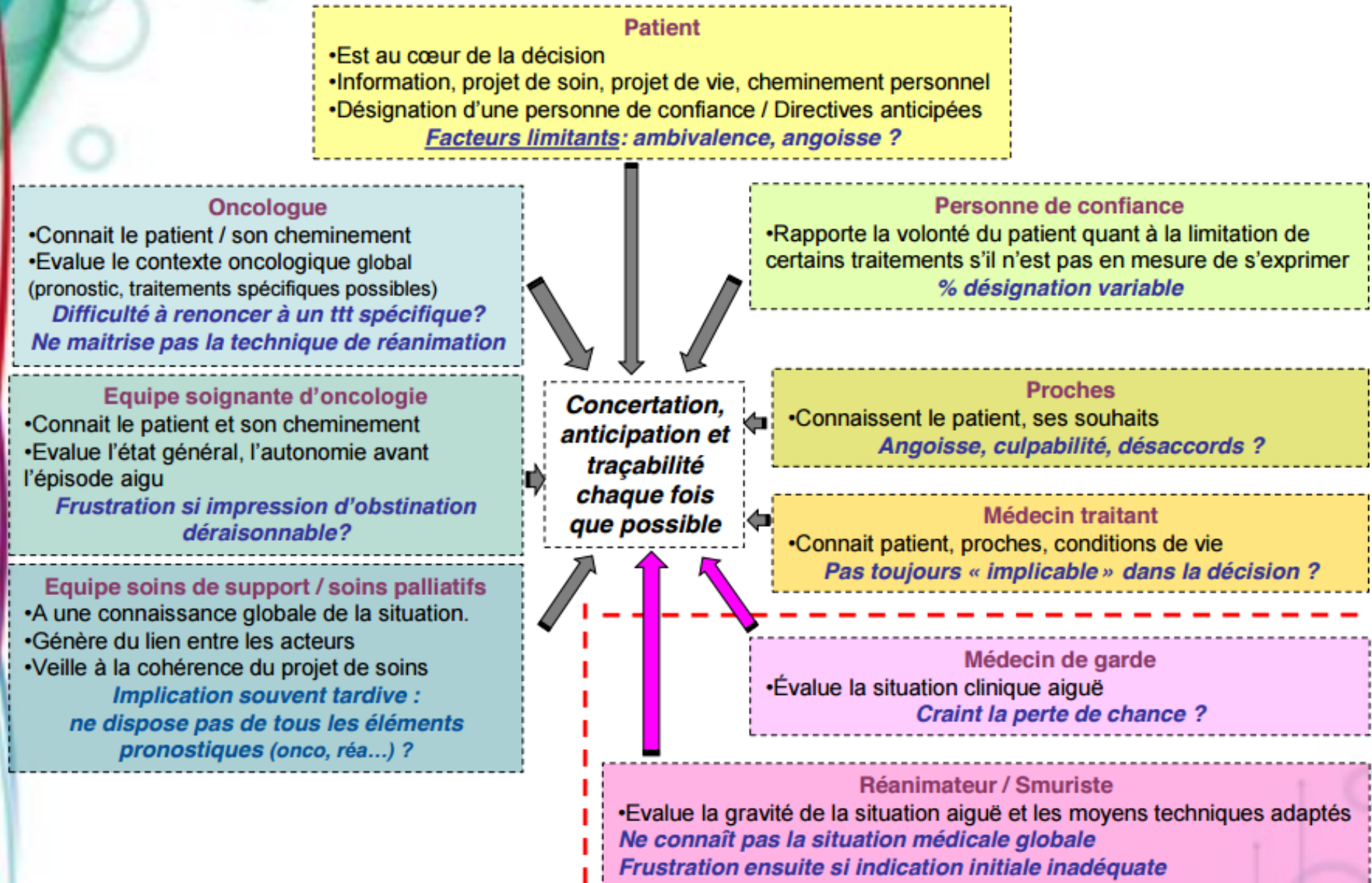
# Satisfaction des patients

Variables	Intervention group (n=133)	Control group (n=139)	P value
<b>Overall level of satisfaction with hospital stay:</b>			
Very satisfied	125 (93)	91 (65)	
Satisfied	6 (5)	40 (29)	<0.001
Not satisfied	2 (2)	8 (6)	
<b>Satisfaction with information provided in hospital:</b>			
Very satisfied	115 (86)	58 (42)	
Satisfied	14 (10)	56 (40)	<0.001
Not satisfied	4 (4)	25 (18)	
<b>Satisfaction with being listened to in hospital:</b>			
Very satisfied	127 (94)	72 (52)	
Satisfied	4 (4)	47 (34)	<0.001
Not satisfied	2 (2)	20 (14)	
<b>Satisfaction with level of involvement in decisions made in hospital:</b>			
Very satisfied	123 (92)	53 (38)	
Satisfied	8 (6)	64 (46)	<0.001
Not satisfied	2 (2)	22 (16)	
<b>Satisfaction with level of family involvement in decisions made in hospital:</b>			
Very satisfied	123 (92)	64 (46)	
Satisfied	7 (6)	58 (42)	<0.001
Not satisfied	3 (2)	17 (12)	

# Dans l'urgence

## Aide à la décision de transfert en réanimation (ou non) d'un patient atteint de cancer

### Acteurs de la décision



# Conditions de la prise de décision d'admission en réanimation

- Objectif: Prise en charge adaptée à la situation clinique actuelle et au projet de soins du patient
- Prise en charge en réanimation ne va pas guérir le patient, mais participe à sa prise en charge globale
  - Parfois, PEC agressive d'une défaillance d'organe → amélioration qualité de vie
  - Parfois, risque de décès en réanimation ou dégradation qualité de vie attendue élevée
- **Cela doit être expliqué clairement au patient**
  - L'oncologue
    - informe le patient de l'avancée de son cancer et évalue son pronostic et le degré d'engagement thérapeutique
  - Le réanimateur
    - Explique les possibilités thérapeutiques et techniques offertes par la réanimation
    - Évalue la question cruciale de la légitimité d'admission en réanimation
    - A l'expertise pour dire ce qu'il est raisonnable de mettre en place ou non, en accord avec le patient

- 1. Aspects éthiques de l'admission en réanimation**
- 2. Elaboration dans chaque centre d'une procédure d'admission en réanimation**
3. Éléments participant à la réflexion d'admission en réanimation

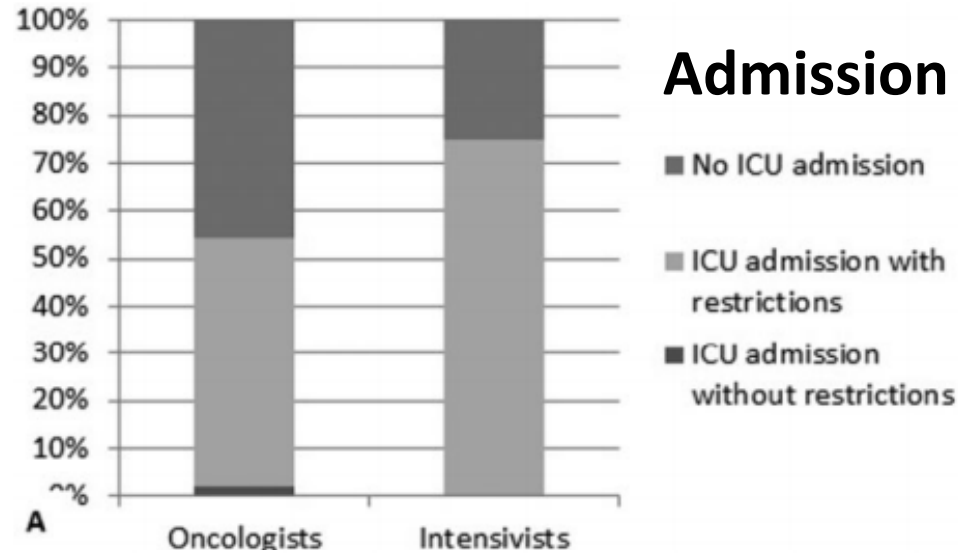
# Importance d'une prise en charge structurée du patient avec un cancer

**Table 4.** Multilevel Multivariable Analysis of Characteristics Associated With Hospital Mortality

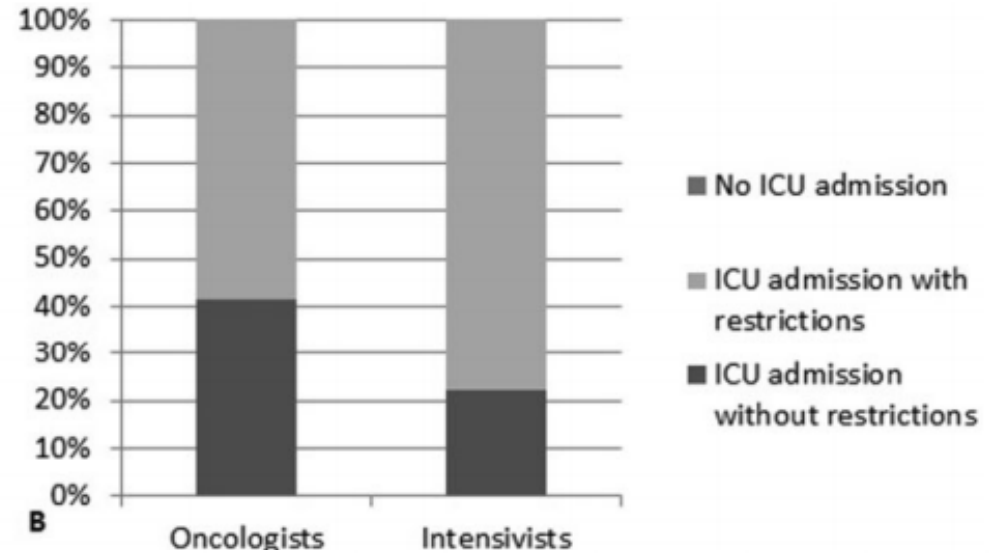
Variable	OR (95% CI)	P
Center level		
Type of hospital		
General	1.000	
Referral cancer center	1.210 (0.893 to 1.638)	.217
Training programs in critical care in ICU		
No	1.000	
Yes	1.376 (1.048 to 1.808)	.021
Presence of clinical pharmacist in ICU		
No	1.000	
Yes	0.666 (0.492 to 0.900)	.008
Daily meetings between oncologists and intensivists for care planning in all patients		
No	1.000	
Yes	0.688 (0.520 to 0.910)	.009
Implemented clinical protocols†	0.923 (0.865 to 0.984)	.015

# Importance discussion oncologue - réanimateur

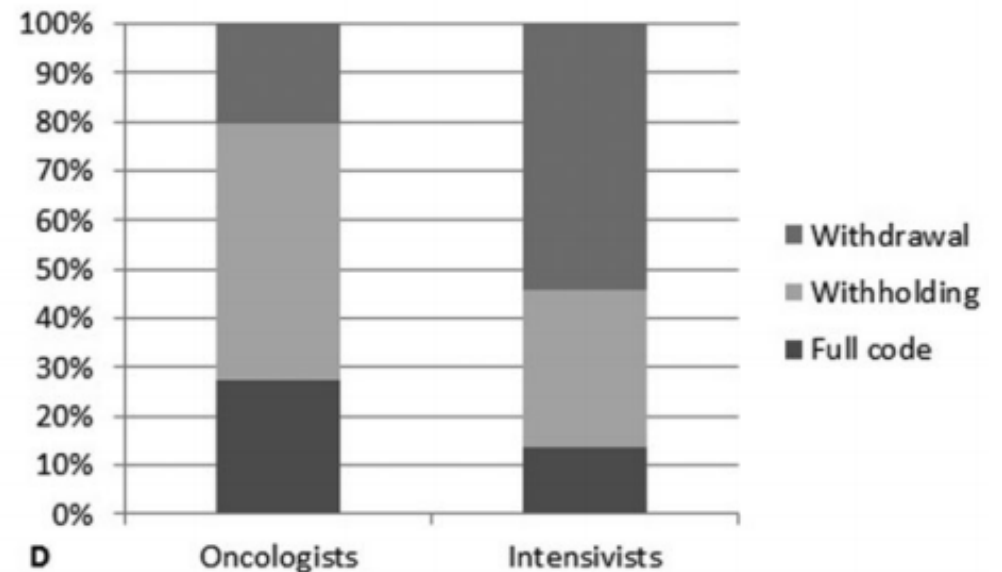
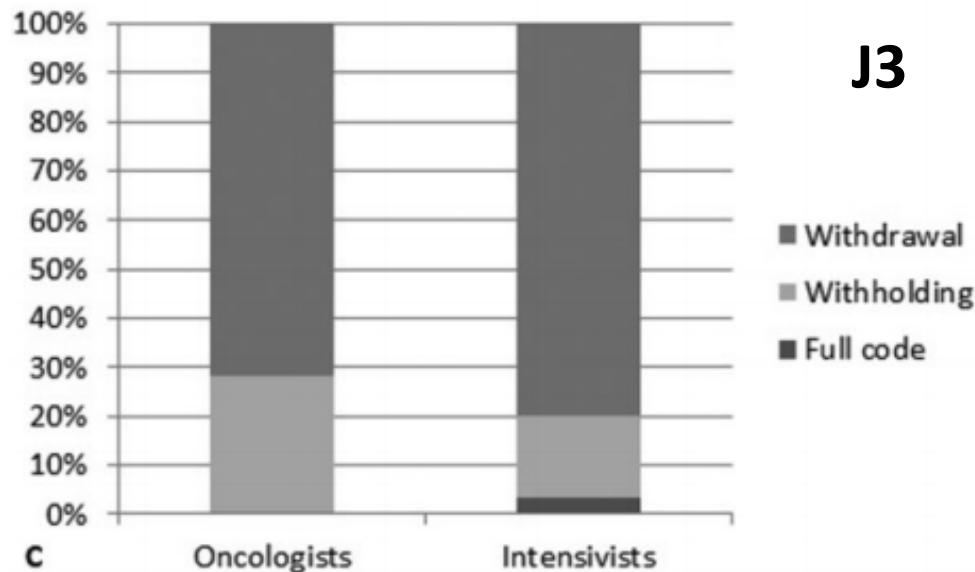
## Cancer du pancréas



## Cancer du sein



**J3**



- 1. Aspects éthiques de l'admission en réanimation**
- 2. Elaboration dans chaque centre d'une procédure d'admission en réanimation**
- 3. Éléments participant à la réflexion d'admission en réanimation**



# Facteurs pronostiques

- Certains connus avant l'admission en réanimation
  - Caractéristiques du patient
  - Caractéristiques de la pathologie tumorale
- Établissement d'un projet de soins anticipé en cas d'épisode aigu
- Certains ne sont connus qu'au moment de l'épisode aigu
  - Point de vue du réanimateur

# Caractéristiques connues

## État général du patient

- ↓ Performance status 3-4
- ↓ Dénutrition





## Caractéristiques du cancer

- ↓ En progression vraie
  - vs progression lente ou pseudo-progression
- ↓ Métastatique
- ↑ Anomalie moléculaire avec thérapie ciblée envisageable
- **Projet thérapeutique?**




*Soares, Crit Care Med 2010; Toffart, Chest 2011; Bonomi, Lung Cancer 2012; Soares, Ann Oncol 2014; Soares, Chest 2007; Christodoulou, Anticancer Res 2007; Lilenbaum, J Thorac Oncol 2008; Toffart, Eur Respir J 2015; Roques, Intensive Care Med 2009; Toffart, Intensive Care Med 2014; Soares, J Clin Oncol 2016*

# Caractéristiques en aigu

## Cause de la défaillance

-  Admission non programmée
-  Défaillance neurologique ou respiratoire
-  En lien avec la progression tumorale
-  Réversibilité?

## Gravité de la situation aiguë

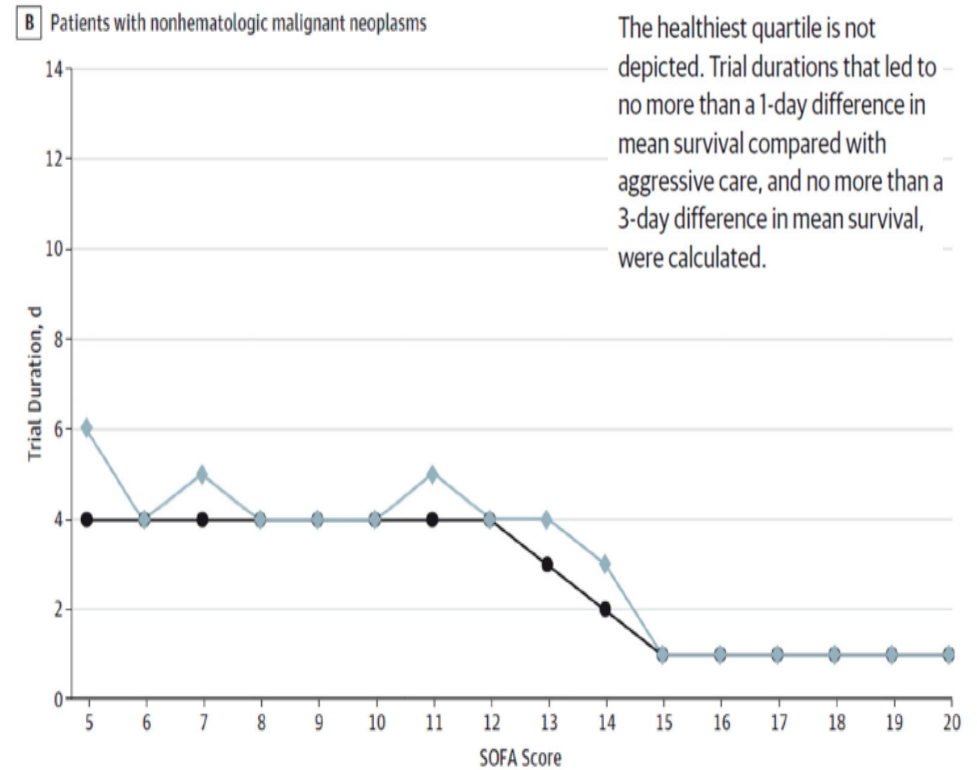
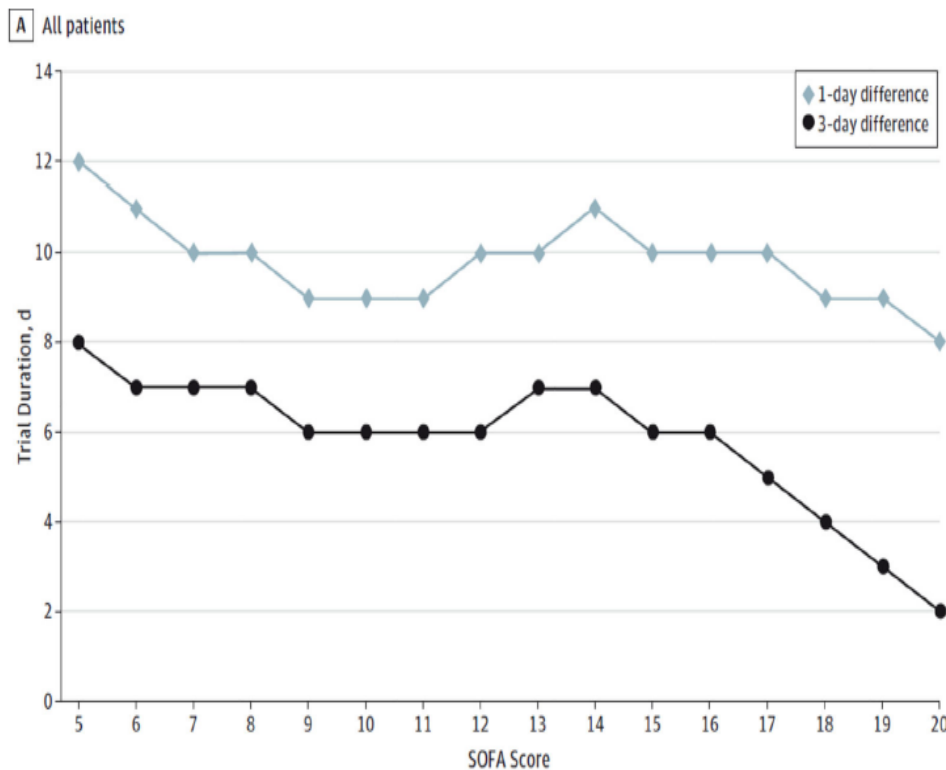
-  SOFA ou nombre de défaillance d'organe élevé
-  Recours à la ventilation mécanique invasive
-  Recours aux amines

# Différentes politiques d'admission

- Admission sans limite
  - Survie attendue à long terme (6-12 mois), donc projet curatif ou en 1<sup>ère</sup> ligne ou en réponse
  - Pathologie aiguë présumée réversible
  - Âge et comorbidités ne contre-indiquant pas la réanimation
- Admission déraisonnable
  - Mauvais PS
  - Non éligibles à un traitement anti-tumoral
  - En fin de vie
- Réanimation d'attente
  - Durée?

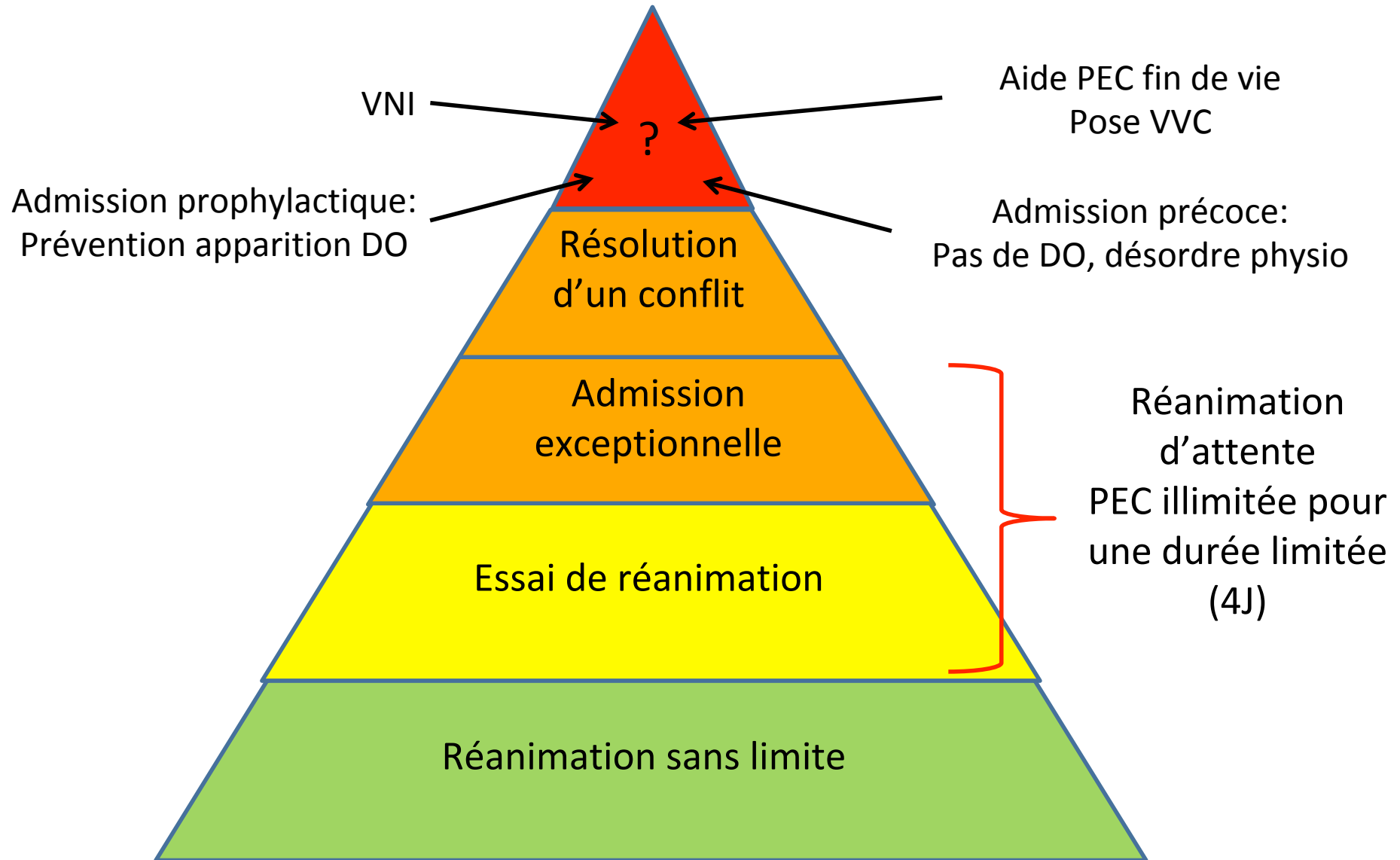
# Quelle durée pour la réanimation d'attente?

- Modèle à partir de 920 patients
- Contrôle externe avec 3 cohortes indépendantes



➤ 1-4 jours pour les tumeurs solides de mauvais pronostic

# Différentes politiques d'admission



# Comment rendre une admission en réanimation raisonnable? (1)

- Réduction des prises en charge non conformes aux souhaits du patient
  - Explications régulières au patient par l'oncologue référent
    - du pronostic de sa maladie tumorale
    - et du projet thérapeutique
    - surtout si il ne peut plus bénéficier que de soins de confort exclusifs
- Définir les critères d'éligibilité à la réanimation et les objectifs de la prise en charge
  - Pas de limitation des soins si survie attendue > 6 mois
  - Pas d'admission si PS >2, absence de projet thérapeutique oncologique
  - Réanimation d'attente et/ou limitation dans l'escalade des suppléances d'organe en réanimation pour les autres patients

# Comment rendre une admission en réanimation raisonnable? (2)

- Réduction de la mortalité
  - Admission précoce pour les patients avec défaillance d'organe manifeste ou débutante
  - Dépistage quotidien des patients à risque de sepsis ou de défaillance d'organe dans les services de médecine
- Réduction de la mortalité, fonctionnement institutionnel
  - Critères locaux d'admission en réanimation et réunions conjointes entre oncologues et réanimateurs
  - Mettre en place un point quotidien entre oncologues et réanimateurs pour les patients en réanimation
  - Etablir des procédures standard de prise en charge en réanimation des patients avec un cancer
  - Réunions de formation médicale continue entre oncologues et réanimateurs



# Take home message

- Réfléchissez au projet thérapeutique de votre patient dans sa globalité
- Expliquez-le au patient
- Travaillez en binôme au quotidien avec le réanimateur