

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

Date de validation : 11/12/2015

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

Contributeurs

Coordination

Gisèle CHVETZOF oncologue, Lyon; François BLOT, médecin-réanimateur, Paris; Alexis BURNOD, urgentiste, médecin soins palliatifs, Paris.

Méthodologie

Majid BRUNET, méthodologiste, chef de projets, Lyon; Béatrice LEGUY, assistante projets, Lyon.

Membres du groupe de travail

Chantal BAUCHETET, CDS, Paris; Marie BEAUMONT, hématologue, Amiens; Sandrine BERTRAND, médecin, Grenoble; Isabelle BLANCHET, médecin soins palliatifs, Montélimar; François BLOT, Médecin réanimateur, Paris; Alexis BURNOD, urgentiste, médecin soins palliatifs, Paris; Nathalie CAUNES-HILARY, oncologue, Toulouse; Sylvie CHARRAZAC-RAYNAUD, médecin, Bordeaux; Laurence CIMAR, Juriste, maitre de conférence, Grenoble; Mathieu CRETINON, PH douleur-Soins palliatifs, Chambéry; Jean DANIS, néphrologue, Paris; Agnès DA SILVA ARAUJO, Psychologue, Virieu sur Bourbe; Éric DAREDARE, anesthésiste, Lyon; Jean-Claude DUGAIT, Gériatologue, Tarare; Sophie DUPLOMB, oncologue, Lyon; Hervé FAVORITI, médecin, Caluire et Cuire; Jérôme FAYETTE, oncologue, Lyon; Pierre FOURNEL, oncologue, St Priest en Jarez; Sandrine GAILLARD, cardiologue-réanimateur, Bourg-en-Bresse; Valérie GRANGEON-VINCENT, Pneumologue, Roanne; Alain GRAVEY, médecin, Sainte Foy les Lyon; Dominique JAULMES, hématologue, Meudon; Florence LACHENAL, oncologue, Bourgoin Jallieu; Marie-Angé MASSIANI, Pneumologue-oncologue, Paris; Zohar MERAD-BOUDIA, oncologue, Vienne; Olivier MOCQ, oncologue, Passy; Bernard PATERNOSTRE, médecin, Bordeaux; Marie PECHARD, médecin, Lyon; Christine PREAUBERT-SICAUD, IDE, Montauban; Amandine QUIVY, oncologue, Bordeaux; Gaëlle ROUSSEAU-BUSSAC, pneumologue, Créteil; Mélanie TADJ-LESAGE, oncologue, Chambéry; Louis TASSY, oncologue, Lyon; Anne-Claire TOFFART, Pneumologue, Grenoble; Gilles VILLOT, algologue, Passy.

Relecture

Emmanuel BARTAIRE, ORL, Lille; Chantal BAUCHETET, CDS, Paris; Pascal BEURET, médecin, Roanne; Nathalie CAUNES-HILARY, oncologue, Toulouse; Cristina COSTAN, oncologue, Grenoble; Xavier CUVILLIER, urologue, Agen; Matthieu CRETINON, PH douleur-Soins palliatifs, Chambéry; Hervé FAVORITI, médecin, Caluire et Cuire; Pierre FOURNEL, oncologue, St Priest en Jarez; Didier FRAPPAZ, pédiatre, neuro oncologue, Lyon; Valérie GRANGEON-VINCENT, Pneumologue, Roanne; Gérard GUESDON, médecin EMSP, Bordeaux; Nathalie LEROUX BROMBERG, anesthésiste-réanimateur, Lille; Henry MONNOT, pneumologue, St Omer; Anny MONPETIT, Gastro entérologue, Vannes; Bernard PATERNOSTRE, médecin, Bordeaux; Walter PICARD, anesthésiste-réanimateur, Pau; Christine PREAUBERT-SICAUD, IDE, Montauban; Sophie SCHNEIDER, pneumologue, Bayone; Catherine THOLLET, médecin EMSP, Passy; Gilles VILLOT, algologue, Passy; Sabine WALTER, oncologue, Draguignan.

Participants aux ateliers des J2R du 10/12/2015

Denis BERTOLI, Médecin généraliste, Corbeil Essonnes; François BLOT, médecin-réanimateur, Paris; Majid BRUNET, méthodologiste, Lyon; Alexis BURNOD, urgentiste, médecin soins palliatifs, Paris; Laurence DIGUE, PH, Bordeaux; Martine GARDEMBAS, hématologue, Angers; Dominique JAULMES, hématologue, Meudon; Nicolas JOVENIN, oncologue Reims; Didier KAMIONER, onco hématologue, Trappes; Christine PREAUBERT-SICAUD, IDE, Montauban; Linda SAKHRI, onco thoracique, Grenoble.

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

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Pourquoi un référentiel sur l'aide à la décision de transfert ou non en réanimation d'un patient atteint de cancer ? | 04 |
| Acteurs de la décision | 05 |
| Quelques définitions | 06 |
| Réanimation et oncologie médicale : Quels sont les objectifs d'un transfert en réanimation ? | 07 |
| Réanimation et oncologie médicale : Quelques données épidémiologiques | 08 |
| Revers des progrès, recours parfois excessif à la réanimation en fin de vie en oncologie | 10 |
| Critères d'aide à la décision | 11 |
| Critères d'aide à la décision : Sur le plan médical, en oncologie | 12 |
| Critères d'aide à la décision : Sur le plan médical, en réanimation préemptive | 13 |
| Critères d'aide à la décision : Sur le plan médical, en réanimation | 14 |
| Critères d'aide à la décision : Du point de vue du patient | 15 |
| Critères d'aide à la décision : Co-construire avec le patient une proposition de soins adaptée | 16 |
| Éléments participant à la décision : En amont : anticipation d'une complication | 17 |
| Éléments participant à la décision : Lors de la survenue d'une complication | 18 |
| Limitation de soins : construction d'un projet de soins palliatifs adapté | 19 |
| Importance d'une réévaluation après quelques jours en réanimation | 20 |
| Synthèse de la procédure décisionnelle | 21 |
| Critères d'admission en réanimation oncohématologique | 23 |
| Cadre juridique | 24 |
| Annexes | 27 |
| •Annexe 1 Score OMS : | 28 |
| •Annexe 2 Score Pronopall | 29 |
| •Annexe 3 SOFA score (défaillance) | 30 |
| •Annexe 4 Fiche SAMU réseau Respalif | 31 |
| •Annexe 5 Liens textes juridiques : Personne de confiance; directives anticipées | 33 |
| •Annexe 5 RCP d'appui | 34 |
| •Annexe 5 Cas particulier des thérapeutiques innovantes & essais thérapeutiques (thérapies ciblées, immunothérapie, etc.) | 35 |
| Bibliographie | 36 |

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

Pourquoi un référentiel sur l'aide à la décision de transfert ou non en réanimation d'un patient atteint de cancer ?

Lorsque la décision de transfert doit être prise

- contexte de détresse vitale
- peu de temps de réflexion ou de concertation
- souvent sans les médecins qui connaissent le patient
- souvent sans connaître le niveau d'information et les souhaits du patient et de ses proches

Dans ce contexte, comment trouver un équilibre entre les risques de perte de chance d'une part et d'obstination déraisonnable d'autre part ?

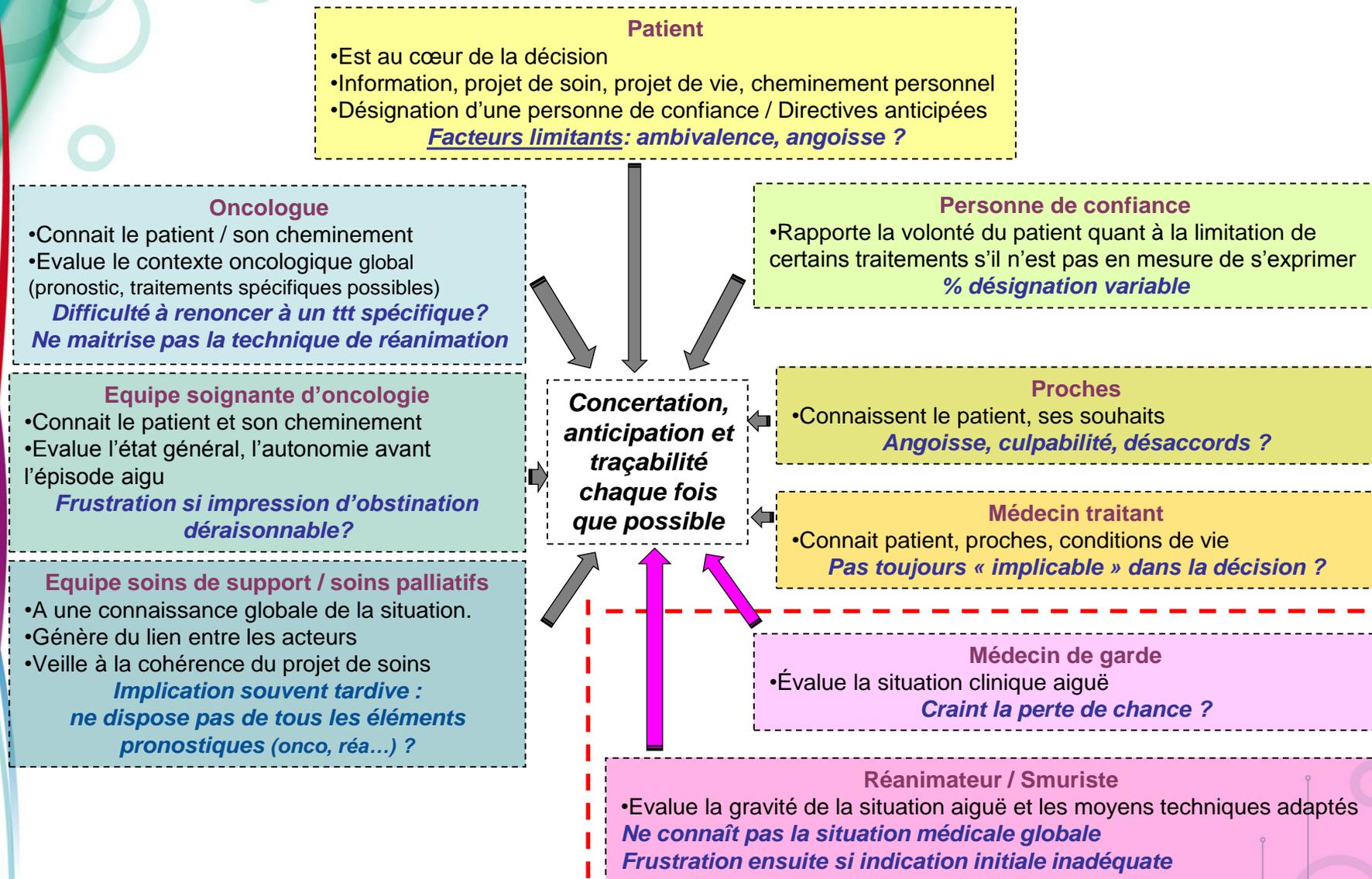
But du référentiel

- Proposer des éléments d'anticipation et de structuration de la décision
- Proposer des éléments de discussion et de communication en amont entre le patient et ses proches et l'équipe médicale et paramédicale

*In fine, l'objectif fondamental est de prévenir, par l'**anticipation** et la **pluridisciplinarité**, les prises de décision en contexte d'urgence.*

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

Acteurs de la décision



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

Quelques définitions

Quel type de prise en charge? Dans quel lieu?

Prise en charge invasive (Lieu : Réanimation) : Prise en charge maximale d'emblée, incluant des techniques de support : ventilation mécanique (VM, dont ventilation dite 'non invasive' [VNI]), amines vasopressives, épuration extra-rénale (EER)...

Par définition, toute situation clinique devant être réévaluée, cette prise en charge invasive maximale inclut la réanimation dite « **d'attente** » (doute étiologique ou sur réversibilité, avec décision de prise en charge initiale maximale et réévaluation vers J3 à J5).

Prise en charge non invasive avec limitation d'emblée (Lieu : Surveillance continue, soins continus, soins intensifs; lieux et équipes possiblement communs, réa-USC) : la prise en charge s'effectue en milieu intensif, elle permet une surveillance rapprochée et la mise en œuvre d'investigations / traitements « médicaux maximaux ». L'oxygénothérapie à très haut débit « Optiflow » est utilisable; la VNI (*dont les indications sont de plus en plus réduites, hors hypercapnie*) est ici exceptionnelle.

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

Réanimation et oncologie médicale¹ :

Quels sont les objectifs d'un transfert en réanimation ?

- **Traiter / prendre en charge *une ou plusieurs défaillance(s) viscérale(s) aiguë(s) réversible(s)***
 - Respiratoire
 - Cardio-circulatoire
 - Rénale
 - Neurologique

- **Prise en charge préemptive d'un patient à *haut risque de défaillance aiguë* et dont la surveillance en service conventionnel est insuffisante.**

Objectif

retrouver ensuite un état général compatible avec une **sortie de réanimation, puis de l'hôpital, avec une qualité de vie acceptable**, une reprise éventuelle d'un traitement spécifique du cancer et un pronostic à moyen voire long terme non défavorable.

1. Hors contexte de la réanimation post-opératoire après chirurgie oncologique

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

Réanimation et oncologie médicale :

Quelques données épidémiologiques

- Amélioration globale au cours des années du pronostic en oncologie et en hématologie
- Amélioration globale au cours des années du pronostic en réanimation des patients d'oncologie et d'hématologie (par amélioration des techniques mais aussi de la sélection des patients et de la collaboration entre les équipes)

| Etude | Mortalité en réa | Données de survie | Population |
|----------------------|-------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Thiery, 2005 | 45,7 % à 1mois | 38% à 6mois | 105, 1/3 T solide 2/3 hémato |
| Lecuyer, 2007 | 78% | | 188, tous sous VM |
| Caruso, 2008 | 44,6% | 22% à 3mois | 83 T solides M+ |
| Taccone, 2008 | 27% | | 473 dont 15% d'hémato |
| Mac Grath, 2009 | 27,1 à 31% | 25% à 6mois | 185 dont 115 hémato |
| Soares, 2010 | 21% (LATA 10%) | nc | 717 dont 53% de chir réglée |
| Siquing FU, 2011 | Survie médiane : 3,2sem | 27% à 3mois | 212 cancer avancé, dans essai phase I |
| Horster, 2012 | 45, 6 % | nc | 90 hémato |
| Ostermann, 2013 | 31,4% | 32% à 6mois | 19 femmes, cancer sein ou gynéco |
| Azoulay, 2013 | 27,6% | 52% | 1000, hémato |
| Duplomb (thèse 2013) | 46,9% (LATA 45%) | 30% à 3mois | 64, dont 14 hémato |
| Hawari, 2015 | 36,5% | 22,8% à 1an | 2439 |

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

Réanimation et oncologie médicale :

Cas particulier du cancer bronchique

- **Amélioration du pronostic au fil des années, y compris dans la situation à haut risque des patients atteints de cancers bronchiques admis en réanimation.**
- **Importance démontrée d'une intégration précoce des soins de support dans l'anticipation de l'intensité des soins, réduction des recours à la réanimation (Temel, NEJM 2010)**

| | Année | Patients (n) | Ventilation mécanique (%) | Mortalité en réanimation (%) | Mortalité hôpital (%) | Mortalité à long terme |
|----------|-------|--------------|---------------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------|
| Ewer | 1986 | 46 | 100 | 85 | 91 | 98% |
| Boussat | 2000 | 57 | 91 | 67 | 75 | . |
| Lin | 2003 | 81 | 100 | 73 | 85 | . |
| Reichner | 2006 | 47 | 49 | 43 | 60 | . |
| Soares | 2007 | 143 | 70 | 44 | 59 | 6 mois:~100% |
| Adam | 2008 | 139 | 49 | 22 | 40 | . |
| Roques | 2009 | 105 | 41 | 43 | 54 | 6 mois: 73% |
| Toffart | 2011 | 103 | 40 | 31 | 48 | 3 mois: 63% |
| Slatore | 2012 | 49373 | 21 | . | 24 | 6 mois: 74% |
| Soares | 2014 | 449 | 53 | 28 | 39 | 6 mois: 55% |

D'après Soubani. *J Thorac Oncol* 2012

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

Revers des progrès: un recours parfois excessif à la réanimation en fin de vie en oncologie

Maîtrise de l'agressivité des soins dans le dernier mois de vie

| Limiter | | Favoriser |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• la « chimiothérapie de trop »• ré-hospitalisation en urgence• recours à la réanimation• décès en réanimation | + | <ul style="list-style-type: none">• le recours précoce aux équipes de soins de support• la discussion des souhaits et préférences des patients• le maintien à domicile, s'il est souhaité/possible• le décès à domicile ou en structure de soins palliatifs |

= Amélioration qualité de vie et limitation des coûts
(Zhang 2009, Temel 2010, Greer 2011, Mack 2012, Cheung 2015)

Dans ce contexte, de nombreuses sociétés savantes recommandent **l'intégration précoce** des équipes de soins de support en oncologie (*early palliative care*) afin d'accompagner la transition palliatif/curatif et d'adapter l'intensité des soins

(SFH 2005, BSH 2011, ASCO 2012, NCCN 2013, ESMO 2014, OMS 2014, etc.)

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

Critères d'aide à la décision

Sur le plan médical

1. Etat général avant l'épisode aigu actuel
2. Réversibilité de l'épisode actuel : type et origine de la ou les défaillances
3. Evaluation pronostique de la maladie sous-jacente
4. Traitements oncologiques possibles ultérieurement
5. Séquelles prévisibles

Sur le plan personnel pour le patient

1. Que sait-il, qu'a-t-il compris, a-t-il besoin d'informations complémentaires, jusqu'où ?
2. Que veut-il (en termes d'implication dans la décision, ou de contenu de la décision) ?
3. Que ne veut-il pas (en terme de traitement, de séquelles, etc.) ?
4. Qu'exprime la famille ?

-Importance de la **traçabilité** et de l'**accessibilité** de ces informations dans le dossier médical (*y compris pour les acteurs extrahospitaliers*)

-Importance de la **pluridisciplinarité** et de la **concertation**.

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

Critères d'aide à la décision :

Sur le plan médical, *en oncologie*

1. Etat général : Index de Karnofsky, Performance status (*Voir annexe 1, page 28*).

- Attention: 1. le séjour en réanimation aggrave nécessairement le PS d'un patient dont l'état général était déjà altéré avant l'événement aigu (Exemple: PS 3 avant réanimation \Rightarrow PS \geq 3 après réanimation).
2. surévaluation fréquente du pronostic (ex. PS) chez les oncologues (Glare, 2003)
- Etat général, état nutritionnel (albumine, perte de poids) , nombre de sites métastatiques, type de symptômes (dyspnée, confusion), CRP, lymphopénie, anémie, thrombopénie réfractaire
- Privilégier les scores validés (Pronopal [Barbot 2008], (*Voir annexe 2, page 29*); Pap score [Glare, 2004])
- Co-morbidités

2. Réversibilité supposée de l'épisode actuel : nécrose tubulaire aigue après chimiothérapie, détresse respiratoire sur épanchement pleural ou péricardique drainable, choc septique, etc. (la réversibilité sera réévaluée en réanimation)

3. Evaluation pronostique de la maladie sous-jacente (*renvoi référentiel arrêt de traitement*)

- Réponses aux lignes antérieures de chimiothérapie
- Perspectives thérapeutiques : traitements disponibles, effets bénéfiques attendus (chimio-sensibilité prévisible), effets secondaires prévisibles



- **1) Savoir repérer les critères implicites, subjectifs, parfois affectifs, qui brouillent la réflexion mais n'ont pas de valeur pronostique indépendante établie :** « il est jeune », « il n'a pas encore eu de chimio », « c'est la première ligne », « c'est iatrogène »...
- **2) Cas particulier des thérapeutiques innovantes & essais thérapeutiques (thérapies ciblées, immunothérapie, etc.):** l'évolution rapide des traitements oncologiques est susceptible de modifier parfois radicalement des pronostics jusque-là réservés ou de provoquer des effets secondaires pour l'instant peu connus, parfois sévères, potentiellement réversibles ou non.

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

Critères d'aide à la décision :
Sur le plan médical, *pour réanimation préemptive*

Une alerte, donc une prise en charge précoce, améliore le pronostic en réanimation.

Proposition de critères « d'alerte » /dysfonction débutante :

Plus que des valeurs absolues (cliniques, biologiques), c'est la cinétique de l'aggravation qui doit guider l'alerte.

- **Haut risque hématologique** : induction de leucémie aiguë; prévention de syndrome de lyse tumorale (Burkitt...).
- **Haut risque oncologique** : induction de chimio tumeur germinale & atteinte médiastino-pulmonaire...
- **Dysfonction respiratoire débutante** : apparition (exemple, ≥ 3 l O₂) ou majoration rapide d'une oxygène-dépendance
- **Dysfonction hémodynamique** : nécessité d'un remplissage (exemple, ≥ 2 solutés de colloïde ou cristalloïde).
- **Dysfonction rénale**: aggravation de la fonction rénale (ex, urée >10 mmol/l ou créatinine >130 μ mol/l ou multipliée par 2)
- **Problème infectieux complexe** : sepsis non contrôlé; choix complexe anti-infectieux; tableau clinique justifiant d'un prélèvement invasif (ex. fibro-LBA)... ; porte d'entrée identifiée et geste de drainage en attente...
- **Toute autre situation dont la complexité justifie une expertise 'interniste' aiguë** : troubles hépatiques, digestifs, métaboliques (dysnatrémie, dyscalcémie+++), d'hémostase...

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

Critères d'aide à la décision :
Sur le plan médical, en réanimation

1. N'ont pas d'impact sur le pronostic en réanimation (= à court terme):

- la pathologie néoplasique sous jacente (mais son caractère évolutif oui)
- une aplasie médullaire associée

(**Références** : Kress,1999; Staudinger, 2000; Groeger,1998; Blot,1997; Darmon, 2002; Azoulay, 2000)

2. Apport des scores de gravité (Voir annexe 3, page 30) :

Les scores utilisés en réanimation sont le plus souvent décrits **après** l'entrée en réanimation (sauf score MPM II.₀ [Lemeshow]). Ces scores ne sont pas spécifiques des malades d'oncohématologie (sauf, score MPM II customisé [Groeger]). **Ils n'ont de valeur que collective** : s'ils sont éventuellement descriptifs d'une population (*calibration*), ils n'ont aucune valeur prédictive à l'échelle de l'individu (*discrimination*). De même, les formules de prédiction de la mortalité, étalonnées par leur « *goodness-of-fit* », n'ont de valeur que collective.

En outre, les valeurs physiologiques ou biologiques retenues dans les scores (exemple LOD), y compris pour les plus bas niveaux d'échelle, sont souvent des valeurs témoignant d'une gravité déjà importante (incompatibles avec une prise en charge *précoce*).

L'évaluation clinique ne peut donc prendre en compte un quelconque score de gravité en pratique de routine.



Ont été étudiés plus spécifiquement pour les patients d'oncohématologie:

1. Scores de défaillance /gravité non spécifiques à l'oncologie, avant l'entrée en réanimation:

- ODIN et SAPS II (Blot-Cordonnier, 2001)

2. Scores de défaillance /gravité non spécifiques à l'oncologie, à l'entrée (H24) en réanimation:

- Scores OSF, SAPS II, LOD, SOFA (Blot, 2001; Guiguet,1998; Lecuyer, 2007; Shrim, 2015; Faucher, 2013)

3. Score de défaillance /gravité spécifiques à l'oncologie:

- Score MPM0 « customisé » (Groeger,1998)

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

**Critères d'aide à la décision :
Du point de vue *du patient***

Cette évaluation nécessite tact et progressivité. Elle peut prendre du temps et est à intégrer au fur et à mesure de l'évolution de la maladie (au fil du temps, au rythme du patient, selon la stratégie de connivence de Helfft).

1. Que sait-il ? Qu'a-t-il compris ?

- Curabilité ou incurabilité de la maladie
- Objectifs des soins actuels ? Intensité proposée ? et si échec ?
- Qu'a-t-il dit à ses proches, aux soignants, aux médecins ?

2. Que souhaite-t-il ?

- Ré-explication, informations de quelle nature, jusqu'où ?
- Souhaite-il être actif, informé, passif dans les décisions médicales qui le concernent (Elkin, 2007; Bruera, 2001)?
- Quelles sont ses priorités, son projet de vie, à quoi tient-il ?
- Quelles informations souhaite-t-il voir transmettre à ses proches ?
- Est-il en accord avec les propositions médicales actuelles ?

3. Que ne souhaite-t-il pas ?

- A-t-il émis des souhaits de limitation de certains traitements ?.
- A-t-il ou souhaite-t-il désigner une personne de confiance ?
- A-t-il ou souhaite-t-il rédiger des directives anticipées ?

4. Traçabilité de tous ces éléments dans le dossier médical du patient, afin d'être facilement accessible en cas d'urgence

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

Critères d'aide à la décision :

Co-construire avec le patient une proposition de soins adaptée

1. Chaque fois que possible de manière pluri professionnelle anticipée et progressive (Miller SJ, 2015)

- Rôle clé de l'oncologue lors des consultations avec bilans d'évaluation des traitements en cours et décision de poursuite ou changement de traitement
- Rôle de chaque membre de l'équipe qui peut recevoir des éléments à même d'éclairer les décisions
- Rôle souhaitable des équipes ressources en soins palliatifs, le plus en amont possible, du psychologue
- Espaces de discussion : staff de service, RCP d'organes, de soins de support, d'appui¹, comité d'éthique dans les cas les plus complexes
- La concertation pluridisciplinaire permet
 - ✓ De s'ajuster au plus près des souhaits exprimés (comment « traduire » des directives anticipées floues ?)
 - ✓ Une cohérence dans l'équipe
 - ✓ Une traçabilité optimale, avec transfert de l'information vers le domicile (selon les expériences locales, « fiches infos réa », « fiche SAMU », etc. Intérêt du travail en réseau dans ce contexte. Voir exemple [Annexe 4, page 31](#))
 - ✓ Une aide précieuse pour ceux qui se trouvent en charge du patient lors d'un épisode aigu

2. En urgence, à l'occasion d'une défaillance aiguë

- Décision du médecin de garde, après avoir examiné le patient et (ré) évalué dans la mesure du possible ses souhaits
- En concertation avec l'équipe en charge, et au vu des données du dossier
- Après avis téléphonique du réanimateur si transfert envisagé

Faire une proposition de transfert en réanimation ou de maintien dans le service au patient (ou à défaut à la personne de confiance ou les proches) et recueillir son consentement mais ne pas lui « demander de choisir »

(1) Recommandations pour le 3^e Plan Cancer, J.P. Vernant, juillet 2013 ([Voir annexe 5, page 33](#))

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

Éléments participant à la décision : qui fait quoi ?

1. En amont : anticipation d'une complication

L'équipe d'oncologie doit avoir recueilli / pouvoir indiquer

1. **Les volontés du patient**, sa vision du parcours de soin, son projet de vie et sa connaissance de la maladie
2. **L'état général** du patient & ses comorbidités
3. **Le pronostic [fourchette] oncologique**

En cas de pronostic défavorable (oncologique + état général +...), il faut

1. **Préparer le patient et ses proches** à ce pronostic, cette issue défavorable
2. **Revisiter le projet de soins** en fonction de ce pronostic et des souhaits du patient

L'équipe d'oncologie doit alors pouvoir définir, donc tracer, une gradation de soins

- En cas d'aggravation, prise en charge **maximale incluant *a priori* la réanimation** (pronostic ++++)
- En cas d'aggravation, **appel du réanimateur pour évaluer l'intérêt d'une PEC invasive** (pronostic ++)
- En cas d'aggravation, prise en charge **médicale en salle d'hospitalisation** (pronostic +/-)
- En cas d'aggravation, prise en charge **palliative stricte, confort** (pronostic - -)

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

Éléments participant à la décision : qui fait quoi ?

2. Lors de la survenue d'une complication,

Ce que l'oncologue doit pouvoir dire

1. Quelles sont les **volontés du patient**, sa vision du parcours de soin, son projet de vie et sa connaissance de la maladie
2. Quelle est la **préparation du patient et de ses proches** à un pronostic, une issue, défavorables.
3. Quels sont l'**état général** récent (avant l'épisode aigu actuel) & les comorbidités du patient
4. Quel est le **pronostic [fourchette] du cancer** ?
 - a. Indépendamment de l'épisode aigu,
 - b. en extrapolant d'éventuelles conséquences de cet épisode (ex: séquelles rénales compromettant l'accès aux sels de platine)

Ce qui n'est pas demandé à l'oncologue

1. De décider *ex cathedra* : « à réanimer » ; « à ne pas réanimer » (sauf situation de fin de vie ou refus exprimé du patient)
2. De se prononcer sur les supports possibles ou non (ex: « pas de catécholamines » ; « VNI oui mais pas d'intubation »...)

Ce que le réanimateur évaluera (avec l'oncologue)

1. Les **défaillances d'organes**: nature, nombre, cause(s)
2. La **réversibilité**, ou non, de ces défaillances en fonction des supports invasifs disponibles.
3. Le **pronostic (vital et fonctionnel) supposé post-réanimation** (tenant compte des modifications du projet thérapeutique anti-tumoral par d'éventuelles séquelles de la réanimation)

Ce que le réanimateur décidera après discussion avec le patient (si possible) & l'oncologue

1. L'admission ou non dans tel secteur, selon le niveau d'intensité des soins requis.
2. Les techniques invasives à mettre en œuvre.

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

Si décision de limitation de soins:
construction d'un projet de soins palliatifs adapté

Le projet de soins palliatifs, pluridisciplinaire, s'attachera notamment, en respectant le rythme et les souhaits de chaque patient

- Au contrôle des symptômes
- À l'accompagnement psycho-social et spirituel du patient et des proches
- A la définition des priorités et objectifs de soins du patient
- A l'anticipation des situations de crises
- A la limitation de certains soins en fin de vie
- Au lieu de vie, au lieu souhaité de décès
- Avec réévaluation régulière pour adaptation symptomatique/Complément d'information ou réorientation du projet de soins éventuelles

Si transfert:

importance d'une réévaluation après quelques jours en réanimation

Toujours, après admission en réanimation : réévaluation après quelques jours.

Importance+++ de cette réévaluation si pronostic oncologique et/ou réversibilité de la pathologie aiguë discutés (« ICU trial » / « réanimation d'attente »).

Moment de cette réévaluation

Au moins entre J3 et J5 (amélioration *versus* aggravation?)

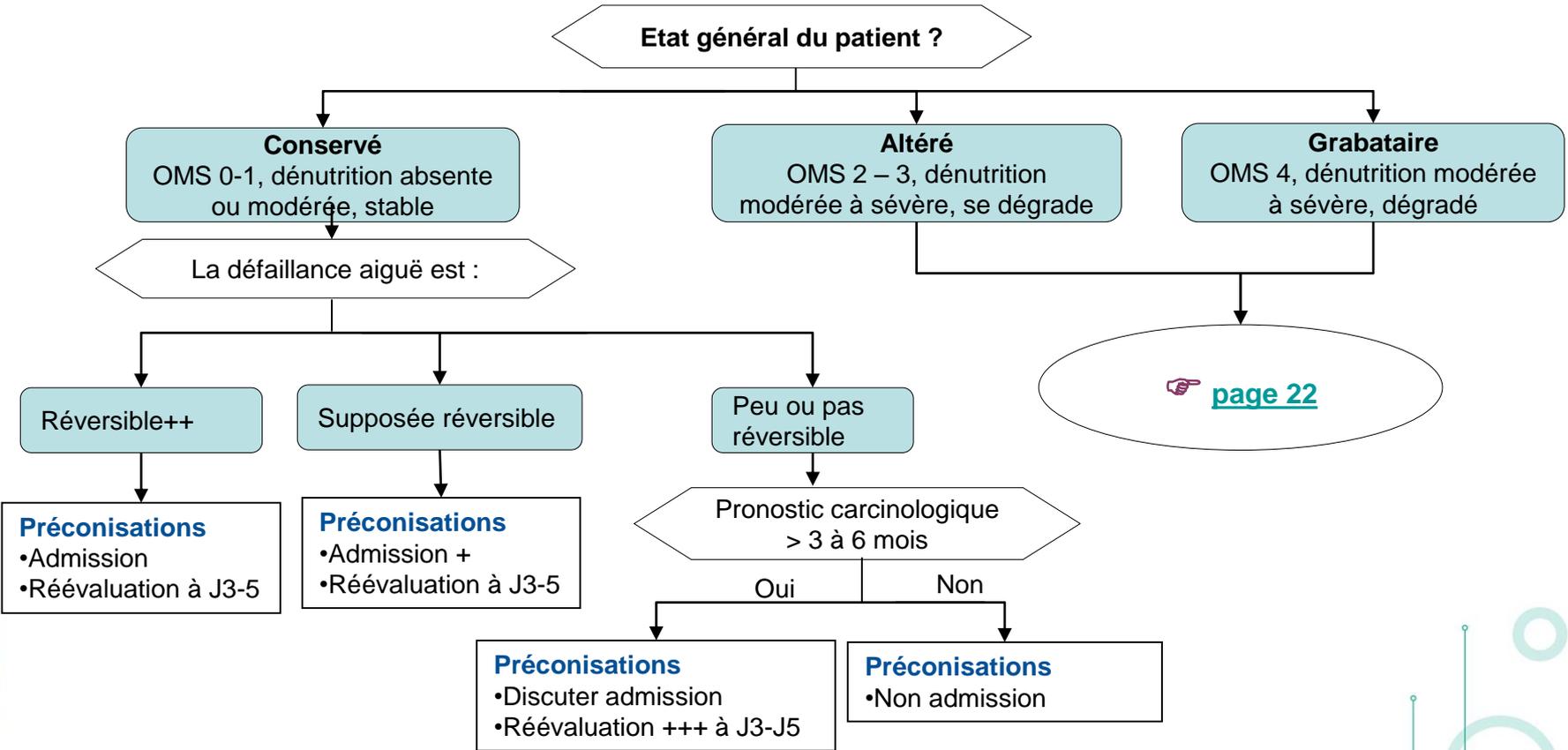
Pas de règle absolue : examen au cas par cas. Le moment optimal de la réévaluation pourrait être J.1- 4 en cas de tumeur solide de mauvais pronostic; de l'ordre de J.8-10 si hémopathie ou tumeur solide de « bon pronostic ».
(Shrime, 2015)

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

Synthèse du cheminement décisionnel*

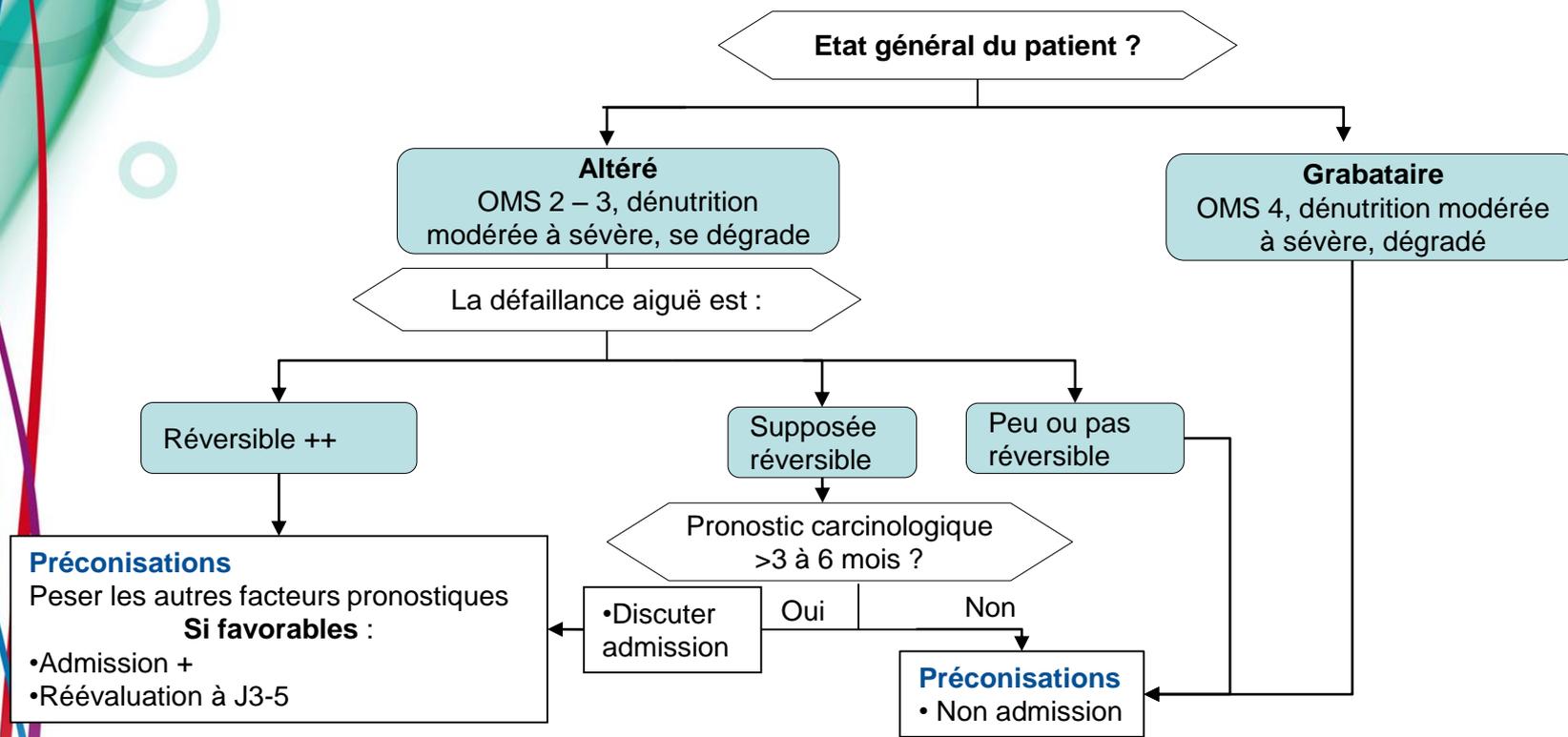
Voir annexe 1
Score OMS
👉 [page 28](#)

Décision médicale partagée
Volontés du patient, directives anticipées, PDC*
 Définition commune du projet de soin : objectifs, limites
 Echange continu entre patient, proches, professionnels...
 Circularité de l'information, anticipation, traçabilité



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

Synthèse du cheminement décisionnel* (suite)



* Remarque

La décision de transfert d'un patient porteur d'une néoplasie en réanimation-USCM dépend, après recueil de toutes les informations disponibles sur les volontés et projet de vie du patient, de 3 critères qui doivent être recueillis et analysés dans cet ordre :

1. l'état général du patient ;
2. la réversibilité supposée de la défaillance aiguë ayant motivé l'appel du réanimateur ;
3. le pronostic de la néoplasie : celui-ci n'intervient qu'en 3^e lieu, car son estimation « à froid » est contrainte et sujette à modification par l'état général du malade.

L'algorithme ci-dessus encadre la stratégie de décision ; néanmoins, chaque décision étant individuelle et contextuelle, une modulation est possible au cas par cas, pouvant aboutir à une décision non strictement conforme à l'algorithme ou à une admission accompagnée d'emblée d'une limitation thérapeutique.

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

Critères d'admission en réanimation oncohématologique

L'algorithme ci-dessous **formule des propositions**, il encadre la stratégie de décision.

Néanmoins, **chaque décision est individuelle et contextuelle**. Une modulation est possible cas par cas, pouvant aboutir à une décision non strictement conforme à l'algorithme ou à une admission accompagnée d'emblée d'une limitation thérapeutique.

La décision de transfert d'un patient porteur d'une néoplasie en réanimation-USCM dépend, après recueil de toutes les informations disponibles sur les volontés et projet de vie du patient, de 3 critères à recueillir et à analyser dans cet ordre :

- (1) **l'état général** du patient, évalué sur l'état nutritionnel (dénutrition absente/modérée/sévère); le PS-OMS ⁽¹⁾ [fait référence à l'état général du patient *dans le mois précédant* l'aggravation] ; l'évolution clinique récente (amélioration vs. stabilité vs. aggravation)
- (2) **la réversibilité supposée de la défaillance aiguë** ayant motivé l'appel du réanimateur ;
- (3) **le pronostic de la néoplasie** : celui-ci n'intervient qu'en 3^e lieu, car son estimation « à froid » est contrainte et sujette à modification par l'état général (aptitude ou non à supporter les traitements anti-tumoraux) et la détresse viscérale (modifie *per se* le pronostic).

Toute décision de non-admission fait l'objet d'une note motivée et claire dans le dossier médical.

| Volontés du patient, directives anticipées, personne de confiance | | | | Etat Général | Réversibilité de la déf. aiguë (court terme) (2) | Pronostic de la néoplasie (moyen-long terme) (3) | Proposition |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Décision médicale partagée Définition commune du projet de soin : objectifs, limites Echange continu entre patient, proches, professionnels... Circularité de l'information, anticipation, traçabilité | Etat général « conservé » <i>(Exemple: OMS 0-1; dénutrition absente à modérée; stable)</i> | | | Réversibilité ++ | NA | Admission (+, toujours, réévaluation vers J.5) | |
| | | | | Déf. supposée réversible | NA | | |
| | | | | Déf. aiguë non/peu réversible (pronostic engagé à court terme) | | Pronostic carcino.>3-6 mois | Discuter admission + Réévaluation +++ à J5 |
| | | | | | | Pronostic carcino. <3 mois | |
| | Etat général altéré <i>(Exemple: OMS 2-3 et/ou dénutrition modérée à sévère, se dégrade)</i> | | | Réversibilité ++ | NA | Admission (+, toujours, réévaluation vers J.5) | |
| | | | | Déf. supposée réversible | Pronostic carcino.>3-6 mois | | Discuter admission + Réévaluation +++ à J5 |
| | | | | Déf. aiguë irréversible | | Pronostic carcino.<3 mois | |
| | | | | | | NA | NA |
| Etat général grabataire <i>(Exemple: OMS 4, dénutrition modérée à sévère, dégradé)</i> | | | | NA | NA | Non admission | |

(1) Etat général : EG grabataire = OMS 4 = situation terminale ; EG altéré = OMS 3 = autonomie altérée mais fcts sup conservées, sortie du domicile, etc.

(2) Réversibilité : Réversible++ = épt pleural, PNO, inf. sur cathéter ; Supposé réversible = pneumopathie, sepsis sur abcès à drainer, installation récente.

(3) Néoplasie : le pronostic carcinologique annoncé est susceptible d'être revu à la baisse à la lumière des co-morbidités et des conséquences d'un séjour en réanimation

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

Cadre juridique

Se demander au préalable si la décision de transfert en réanimation relève de l'obstination déraisonnable

Loi Leonetti

• L'obstination déraisonnable

L'obstination déraisonnable (art. L. 1110-5, et R. 4127-37, CSP) s'entend des actes de prévention, d'investigation ou de soins qui apparaîtraient « **inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie** », et qui peuvent en tant que tels, faire l'objet d'une décision de limitation ou d'arrêt des traitements actifs définie selon des critères objectifs appréciés par l'équipe en charge du patient

- **Inutiles** = certitude ou quasi-certitude qu'aucune amélioration ne peut être envisagée raisonnablement selon les connaissances médicales actuelles.
- **Disproportionnés** = chances de maintien de la vie réduites / lourdeur, complexité traitement et risques de souffrance induit, douleurs entraînées.
- **Maintien artificiel** = formule synthétisant les 2 autres⁽¹⁾.

Envisager également le caractère subjectif de la notion : après information du patient, ce dernier peut estimer le traitement proposé déraisonnable selon ses convictions et valeurs personnelles, son vécu thérapeutique, alors même que les soignants ne percevaient pas cette proposition comme relevant de l'obstination déraisonnable.⁽¹⁾

Ces dispositions doivent être interprétées en tenant compte des apports de la jurisprudence Lambert (CE 24 juin 2014 et CEDH 5 juin 2015) :

- « le médecin en charge du patient doit, pour apprécier la situation d'obstination déraisonnable, se fonder sur un ensemble d'éléments médicaux (doivent couvrir une période suffisamment longue, être analysés collégialement et porter notamment sur l'état actuel du patient, sur l'évolution de son état depuis la survenance de l'accident ou de la maladie, sur sa souffrance et sur le pronostic clinique) et non médicaux (importance toute particulière à la volonté que le patient peut avoir, le cas échéant, antérieurement exprimée, quels qu'en soient la forme et le sens car il doit rester au centre du processus décisionnel, prise en compte des avis de la personne de confiance, des membres de sa famille ou, à défaut, de l'un de ses proches, en s'efforçant de dégager une position consensuelle) »
- « le poids respectif de ces éléments ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient appréhendé dans sa singularité »
- « dans l'hypothèse où cette volonté demeurerait inconnue, elle ne peut être présumée comme consistant en un refus du patient d'être maintenu en vie »
- « le médecin doit également, dans l'examen de la situation propre de son patient, être avant tout guidé par le souci de **la plus grande bienfaisance** à son égard (...) ».

(1) Rapport Observatoire National de la Fin de Vie 2011, *Fin de vie : un premier état des lieux*, p. 135s.

Appréciation obstination déraisonnable : Voir F. Lachenal, Aspects éthiques de la prise de décision de transfert (ou non- transfert) en réanimation des patients porteurs d'hémopathies malignes, *Ethique et santé* (2011) 8, 160-165.

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

Cadre juridique (suite)

Ne pas transférer le patient en réanimation est une décision de Limitation ou d'Arrêt de Traitement Actif (LATA)

La décision de Limitation ou d'Arrêt de Traitement Actif peut découler d'un refus de soin d'un patient en état d'exprimer sa volonté (art. L. 1111-4, L. 1111-10 et R. 4127-36 et 37, CSP) ou d'un constat d'obstination déraisonnable chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté (art. L. 1111-4, L. 1111-13 et R. 4127-36 et 37, CSP) et ce, que le patient soit en situation de fin de vie ou pas.⁽²⁾

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, une **procédure collégiale** doit être mise en place et la décision de LATA est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. L'avis de l'oncologue référent est à l'essentiel dans cette discussion collégiale. Cette décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des **directives anticipées** (art. L. 1111-11 et R. 1111-17, CSP)⁽³⁾ s'il en a rédigé, l'avis de la **personne de confiance** (art. L. 1111-6, CSP)⁽⁴⁾ qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches (v. art. R. 4127-37, CSP).

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021773765&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20151124&oldAction=rechCodeArticle&fastReqlid=310952716&nbResultRech=1>

La volonté du patient ou de sa famille « de tout tenter » justifie-t-elle en elle-même un transfert en réanimation ?

Non ⁽⁴⁾

Que la demande vienne du patient ou de la famille, dès lors que les soignants estiment que le transfert en réanimation relève de l'obstination déraisonnable, ils sont couverts par la loi s'ils refusent d'accéder à ces souhaits. Si en pratique, il demeure rare que les équipes aillent à l'encontre d'une semblable volonté, il est observé que généralement, ces souhaits s'expliquent par un défaut de communication avec le patient et/ou sa famille, les informations nécessaires pouvant avoir été imparfaitement transmises et/ou comprises en amont. De plus, l'absence d'unanimité au sein de la famille n'est pas de nature à faire obstacle à la prise de décision médicale (CE 24 juin 2014, préc.). En outre, si la réanimation présente des risques importants de séquelles nuisant à la qualité de vie du patient, l'acte pratiqué peut ne plus être juridiquement justifiable au regard de la balance bénéfiques/risques.

(2) Fiche d'aide à la décision en cas d'aggravation d'un patient atteint d'une pathologie avancée, CHU Grenoble, déc. 2012.

(3) Voir Malades d'oncologie, pronostic en réanimation, F. Blot, 2015, 48s.

(4) http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=650E843763A8FFB979CB985FEBBC6449.tpdila09v_2?idArticle=LEGIARTI000006685773&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20151124

(5) v. *Fiches contributives à la mission de réflexion sur la fin de vie*, IGAS, C. Hesse, A. Puccinelli, RM2012-157P, déc. 2012, p. 43 et Rapp. Sicard, p. 51. http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=650E843763A8FFB979CB985FEBBC6449.tpdila09v_2?idArticle=LEGIARTI000006685791&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20151124&categorieLien=id&oldAction=rechCodeArticle&nbResultRech=

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

Cadre juridique (suite)

Attention !

-Cette démarche d'anticipation suppose que le patient puisse échanger progressivement avec le médecin après avoir été informé, de manière adaptée à sa situation et à ses capacités, sur l'évolution potentielle de son état. Il s'agira à la fois de veiller au respect de son autonomie (ce qu'il veut ou peut savoir ou non), tout en prenant soin de demeurer bienveillant à son égard.

-Lorsque le patient n'est plus en état d'émettre sa volonté dès ce stade, une décision de LATA prise en ce domaine, même par anticipation, suppose la réalisation d'une procédure collégiale.

-La décision prise initialement devra impérativement être **réévaluée s'il s'avère que le contexte s'est modifié sur quelques points que ce soient par rapport aux critères d'évaluation initiaux**. Il conviendra alors de faire part de ces éléments nouveaux, dans la mesure du possible, au patient ou selon les cas à la personne de confiance et à sa famille, afin de recueillir une nouvelle fois une volonté ou un avis. De même, malgré le contexte d'urgence, une nouvelle procédure collégiale doit être en principe réalisée dans ces circonstances, même si elle peut s'avérer difficile à mettre en œuvre en pratique .

-Si une décision de non-transfert est prise, un accompagnement palliatif du patient doit être assuré aux fins de soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage (art. L. 1110-10, CSP).

NB : rédaction selon la législation en vigueur au 24 novembre 2015

Annexes

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

Annexe 1
Score OMS

La classification OMS de l'état général d'un patient (= Performans Status, PS) fait référence à l'état général entre 1 et 3 mois précédant l'aggravation conduisant en réanimation.

| Activité | Score |
|--|-------|
| Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie | 0 |
| Activité physique diminuée, mais ambulatoire et capable de mener un travail | 1 |
| Ambulatoire et capable de prendre soin de soi-même. Incapable de travailler et alité moins de 50% du temps | 2 |
| Capable seulement de quelques activités. Alité ou en chaise plus de 50% du temps | 3 |
| Incapable de prendre soin de soi-même. Alité ou en chaise en permanence | 4 |

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

Annexe 2

Score Pronopall

- **2008** : création du Score de Barbot / CHU de Poitier (Barbot AC et al. JCO, 26)
- **2010/11** : études «PRONOPALL», score pronostic à court terme des tumeurs solides, stade 4 multi-traitées (Bourgeois et al. ASCO 2011)
- **2012** : Evaluation du pronostic à 2 mois dans les cancers colorectaux avancés (Solal Céligny et al., S.N.G.E. 2012)
- **2012** : Introduction de PRONOPALL dans la décision de traiter: approche d'un arbre décisionnel (Centre Léon Bérard - Congrès AFSOS)

SCORE « PRONOPALL »

PS O.M.S

- ⇒ **0-1 = 0 points** ;
- ⇒ **2-3 = 2 points** ;
- ⇒ **4 = 4 points**

Nombre de Sites métastatiques

- ⇒ **0 ou 1 = 0 points** ;
- ⇒ **≥ 2 = 2 points**.

L.D.H

- ⇒ **< 600 UI/l = 0 points** ;
- ⇒ **≥ 600 UI/l = 1 point**.

Albumine plasmatique

- ⇒ **≥ 33 g/l = 0 point** ;
- ⇒ **< 33 g/l = 3 points**

| CLASSES | POINTS | PRONOSTIC à 2 MOIS |
|---------|--------|--------------------|
| A | 0 à 3 | Bon |
| B | 4 à 7 | Intermédiaire |
| C | 8 à 10 | Mauvais |

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

Annexe 3

Défaillances : SOFA score

Table 1. The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score*

| Variables | SOFA Score | | | | |
|---|----------------|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Respiratory Pao ₂ /Fio ₂ , mm Hg | >400 | ≤400 | ≤300 | ≤200† | ≤100† |
| Coagulation Platelets ×10 ³ /μL‡ | >150 | ≤150 | ≤100 | ≤50 | ≤20 |
| Liver Bilirubin, mg/dL‡ | <1.2 | 1.2-1.9 | 2.0-5.9 | 6.0-11.9 | >12.0 |
| Cardiovascular Hypotension | No hypotension | Mean arterial pressure <70 mm Hg | Dop ≤5 or dob (any dose)§ | Dop >5, epi ≤0.1, or norepi ≤0.1§ | Dop >15, epi >0.1, or norepi >0.1§ |
| Central nervous system Glasgow Coma Score Scale | 15 | 13-14 | 10-12 | 6-9 | <6 |
| Renal Creatinine, mg/dL or urine output, mL/d | <1.2 | 1.2-1.9 | 2.0-3.4 | 3.5-4.9 or <500 | >5.0 or <200 |

*Norepi indicates norepinephrine; Dob, dobutamine; Dop, dopamine; Epi, epinephrine; and Fio₂, fraction of inspired oxygen.

†Values are with respiratory support.

‡To convert bilirubin from mg/dL to μmol/L, multiply by 17.1.

§Adrenergic agents administered for at least 1 hour (doses given are in μg/kg per minute).

||To convert creatinine from mg/dL to μmol/L, multiply by 88.4.

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



INFORMATION SUR LA FICHE : TRANSMISSIONS MEDICALES

**Quels sont les objectifs de cette fiche ?**

- Compléter d'éventuelles directives anticipées (cf. Loi Leonetti du 22 avril 2005).
- Transmettre au médecin intervenant en situation d'urgence des informations utiles pour permettre une prise en charge appropriée à l'état du patient selon ses souhaits et/ou de son entourage.



Cette fiche est élaborée en dehors d'un contexte d'urgence, il est possible que le patient et/ou son entourage changent d'avis lorsqu'ils sont confrontés à la situation d'urgence.



Cette fiche est une aide à la décision. Le médecin intervenant en urgence reste responsable de ses décisions et peut à tout moment contacter l'un des médecins identifiés sur la fiche pour un échange collégial.

Pour quels patients ?

- Pour les patients porteurs d'une maladie chronique grave en phase avancée avec risque vital potentiel.

A quel moment ?

- Quand la question de la limitation des traitements se pose.

Qui peut remplir cette fiche ?

- Médecin connaissant le patient : médecin traitant, médecin hospitalier référent, médecin coordonnateur HAD, du Réseau, d'EHPAD, d'EMSP...



En concertation pluridisciplinaire avec les différents intervenants en tenant compte de l'avis du patient et de son entourage.

Précisions sur quelques items de la fiche :

- Prescriptions anticipées : mise à disposition d'une ordonnance et des produits adaptés (médicaments et dispositifs médicaux) permettant la prise en charge des symptômes d'inconfort.

Mise à jour régulière :

- En cas de suivi prolongé ou de changement dans l'évolution de la maladie ou du traitement.

Transmission et classement de la fiche :

- Un exemplaire est conservé avec l'accord du patient et/ou de son entourage au domicile.
- La fiche est transmise à l'ensemble des médecins impliqués dans la prise en charge.

Annexe 4

Fiche SAMU réseau Respallif (verso)

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

Annexe 5

Liens textes juridiques : Personne de confiance; directives anticipées

Personnes de confiance

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_9.pdf

Directives anticipées

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_20.pdf

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

Annexe 6

RCP d'appui

Recommandations pour le troisième Plan Cancer; Professeur Jean-Paul VERNANT; juillet 2013.

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations-pour-le-3e-plan-cancer.pdf>

Extrait (page 72)

*« **RCP d'appui, en situations d'échec thérapeutique** : elles sont destinées à proposer soit une poursuite de traitements spécifiques basés sur les données de la littérature, soit une prise en charge palliative. Le plus souvent, il n'existe aucun référentiel de pratiques, ce qui contribue à la difficulté de la prise de décisions. Dans ces situations, il importe de prendre tout particulièrement en compte le rapport bénéfice/risque et le rapport coût/bénéfice. La décision d'arrêt des traitements spécifiques ne peut reposer sur la responsabilité d'un oncologue isolé, voire sur la démarche personnelle d'un patient. Pour ces RCP d'appui, la présence de médecins spécialistes en soins palliatifs est nécessaire avec les oncologues, dont l'oncologue référent; la présence d'un psychologue est souhaitable. »*

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

Annexe 7

**Cas particulier des thérapies innovantes & essais thérapeutiques
(thérapies ciblées, immunothérapie, etc.)****De nouvelles toxicités:**

Le développement de nouveaux traitements oncologiques est susceptible de provoquer des effets secondaires non ou peu connus. En particulier, des toxicités de type immunoallergique peuvent survenir, potentiellement réversibles sous antiinflammatoires.

⇒ **nouvelles pathologies toxiques** ⇒ **nouvelles indications de transfert en réanimation?**

L'amélioration nette de certains pronostics:

Certains pronostics jusque alors péjoratifs à très court terme semblent significativement améliorés par des traitements en cours de développement ou récemment sur le marché (mélanome, LAM, ...) Ces progrès pronostiques sont en constante évolution, ils concernent certaines pathologies et non d'autres, certaines catégories plus spécifiques de patients, ont une ampleur variable selon les cas...

Devant toute proposition d'admission en réanimation d'un patient relevant d'une thérapeutique innovante ou d'un essai, l'analyse des critères d'admission doit être prudente, individualisée, et tenir compte:

- *Des autres facteurs cités dans l'arbre décisionnel*
- *D'information les plus objectives possibles sur les bénéfices éventuels de cette thérapie: fréquence connue de bénéfice anti-tumoral, amplitude clinique supposée, délai d'obtention de ce bénéfice...*

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

Bibliographie (1)

1. Arthur S. Slutsky, M.D., Leonard D. Hudson, M.D; Care of an Unresponsive Patient with a Poor Prognosis; n engl j med 360;5; 2009
2. Azoulay E, Moreau D, Alberti C, Leleu G, Adrie C, Barboteu M, Cottu P, Levy V, Le Gall JR, Schlemmer B. Predictors of short-term mortality in critically ill patients with solid malignancies. *Intensive Care Med* 2000; 26: 1817-23.
3. Barbot AC, Mussault P, Ingrand P, Tourani JM. Assessing 2-month clinical prognosis in hospitalized patients with advanced solid tumors. *J Clin Oncol* 2008; 26: 2538-43.
4. Blot F, Guiguet M, Nitenberg G, Leclercq B, Gachot B, Escudier B. Prognostic factors for neutropenic patients in an intensive care unit. Respective roles of underlying malignancies and acute organ failures. *Eur J Cancer* 1997; 33: 1031-1037
5. Blot F, Cordonnier C, Buzyn A, Nitenberg G, Schlemmer B, Bastuji-Garin S, for the group CLIOH. Severity of illness scores: are they useful in febrile neutropenic adult patients in hematology wards ? A prospective multicenter study. *Crit Care Med* 2001; 29: 2125-31
6. Bordessoule D ; Aspects de la concertation pour aide à la prise de décision d'un transfert en réanimation; *Hématologie* vol. 15, no 1, jan-fév 2009.
7. Caruso P, Ferreira AC, Laurienzo CE, Titton LN, Terabe DSM, Carnieli DS, et al. Short- and long-term survival of patients with metastatic solid cancer admitted to the intensive care unit: prognostic factors. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 20089.
8. Cheung, M.C., et al., *Impact of aggressive management and palliative care on cancer costs in the final month of life*. *Cancer*, 2015. **121**(18): p. 3307-15.
9. Darmon M, Azoulay E, Alberti C, Fieux F, Moreau D, Le Gall JR, Schlemmer B. Impact of neutropenia duration on short-term mortality in neutropenic critically ill cancer patients. *Intensive Care Med* 2002; 28: 1775-80
10. Faucher E, Robert JM, Cour M, Hernu R, Argaud L. Pronostic des patients d'onco-hématologie admis en réanimation : étude monocentrique à propos de 425 cas. SRLF 2013, Paris.
11. Fu S, Hong DS, Naing A, Wheler J, Falchook G, Wen S, et al. Outcome Analyses After the First Admission to an Intensive Care Unit in Patients With Advanced Cancer Referred to a Phase I Clinical Trials Program. *J Clin Oncol*. 2011 Aug 15;29(26):3547–52.
12. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, Reignier J, Desmettre T, Karoubi P, Moreau D, Montesino L, Duguet A, Boussat S, Ede C, Monseau Y, Paule T, Misset B, Carlet J; French ADMISSIONREA Study Group. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: a multiple-center study. *Crit Care Med* 2005; 33: 750-5
13. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, Christakis N. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003; 327: 195-8.
14. Glare PA, Eychmueller S, McMahon P. Diagnostic accuracy of the palliative prognostic score in hospitalized patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2004; 22: 4823-8.
15. Greer, J.A., et al., *Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer*. *J Clin Oncol*, 2012. **30**(4): p. 394-400.
16. Groeger JS, Lemeshow S, Price K, Nierman DM, White P Jr, Klar J, Granovsky S, Horak D, Kish SK. Multicenter outcome study of cancer patients admitted to the intensive care unit: a probability of mortality model. *J Clin Oncol* 1998; 16: 761-70
17. Guiguet M, Blot F, Escudier B, Antoun S, Leclercq B, Nitenberg G. Severity-of-illness scores for neutropenic cancer patients in an ICU. Which is the best predictor ? Do multiple assessment times improve the predictive value ? *Crit Care Med* 1998; 26: 488-93

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

Bibliographie (2)

18. Jaulmes D., Guilbert J.; Ethique et hématologie ; *Hématologie*, vol. 14, n° spécial 3, mai-juin 2008
19. Kress JP, Christenson J, Pohlman AS, Linkin DR, Hall JB. Outcomes of critically ill cancer patients in a university hospital setting. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 1957-61
20. Lachenal F.; Aspects éthiques de la prise de décision de transfert (ou non-transfert) en réanimation des patients porteurs d'hémopathies malignes; *Éthique & Santé*, Volume 8, Issue 3, September 2011, Pages 160-165
21. Larché J, Azoulay E, Fieux F, Mesnard L, Moreau D, Thiery G, Darmon M, Le Gall JR, Schlemmer B. Improved survival of critically ill cancer patients with septic shock. *Intensive Care Med* 2003; 29: 1688-95
22. Lecuyer L, Chevret S, Thiery G, Darmon M, Schlemmer B, Azoulay E. The ICU trial: a new admission policy for cancer patients requiring mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2007; 35: 808-14.
23. Lemeshow S, Teres D, Klar J, Avrunin JS, Gehlbach SH, Rapoport J. Mortality Probability Models (MPM II) based on an international cohort of intensive care unit patients. *JAMA* 1993;270:2478-86
24. Mack, J.W., et al., *Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study*. *J Clin Oncol*, 2012. **30**(35): p. 4387-95.
25. McGrath S, Chatterjee F, Whiteley C, Ostermann M. ICU and 6-month outcome of oncology patients in the intensive care unit. *QJM Mon J Assoc Physicians*. 2010 Jun;103(6):397-403.
26. Massion PB, Dive AM, Doyen C, Bulpa P, Jamart J, Bosly A, Installé E. Prognosis of hematologic malignancies does not predict intensive care unit mortality. *Crit Care Med* 2002; 30: 2260-70
27. Miller SJ, Desai N, Pattison N, Droney JM, King A, Farquhar-Smith P, Gruber PC. Quality of transition to end-of-life care for cancer patients in the intensive care unit. *Ann Intensive Care*. 2015 Dec;5(1):59 Rabbat A. et Lefebvre A. ; Quand admettre en réanimation un patient porteur d'hémopathie maligne ? *Hématologie* vol. 15, no 1, jan-fév 2009
28. Rubenfeld GD, Crawford SW. Withdrawing life support from mechanically ventilated recipients of bone marrow transplants: a case for evidence-based guidelines. *Ann Intern Med* 1996; 125: 625-33
29. Schrijvers D and Chemy N. ESMO clinical practice guideline on palliative care. Advanced care planning. *Ann Oncol* 2014,25(suppl3)iii138-iii142
30. Shrimel MG, Ferket BS, Scott DJ, Lee J, Barragan-Bradford D, Pollard T, Arabi YM, Al-Dorzi HM, Baron RM, Hunink MG, Celi LA, Lai PS. Time-Limited Trials of Intensive Care for Critically Ill Patients With Cancer: How Long Is Long Enough ? *JAMA Oncol* 2015, oct 15: 1-8.
31. Smith, T.J., et al., *American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care*. *J Clin Oncol*, 2012. **30**(8): p. 880-7
32. Soares M, Caruso P, Silva E, Teles JMM, Lobo SMA, Friedman G, et al. Characteristics and outcomes of patients with cancer requiring admission to intensive care units: A prospective multicenter study*. *Crit Care Med*. 2010 Jan;38(1):9-15
33. Staudinger T, Stoiser B, Müllner M, Locker GJ, Laczika K, Knapp S, Burgmann H, Wilfing A, Kofler J, Thalhammer F, Frass M. Outcome and prognostic factors in critically ill cancer patients admitted to the intensive care unit. *Crit Care Med* 2000; 28: 1322-8

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

Bibliographie (3)

34. Swnoden J, Amedzai S, Ashcroft J et al. Guidelines for supportive care in multiple myeloma 2011. Br J Haematol 2011;154(1):76-103
NCCN clinical guideline in oncology. Palliative care. 2013
35. Taccone FS1, Artigas AA, Sprung CL, Moreno R, Sakr Y, Vincent JL. Characteristics and outcomes of cancer patients in European ICUs. Crit Care. 2009;13(1):R15. doi: 10.1186/cc7713. Epub 2009 Feb 6.
36. Thiéry G, Azoulay E, Darmon M, Ciroldi M, De Miranda S, Lévy V, et al. Outcome of cancer patients considered for intensive care unit admission: a hospital-wide prospective study. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 2005 Jul 1;23(19):4406–13.
37. Temel, J.S., et al., *Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer*. N Engl J Med, 2010. **363**(8): p. 733-42.
38. Zhang, B., et al., *Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations*. Arch Intern Med, 2009. **169**(5): p. 480-8.

Autres documents consultés

Comité Éthique de la SFH; Les limitations thérapeutiques en hématologie : réflexions et propositions éthiques de la Société Française d'Hématologie ; Hématologie 2005 ; 11 (1) : 71-9

Commission d'éthique de la Société Française d'Hématologie (SFH), Société de Réanimation en Langue Française (SRLF), Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques (GFRUP); Aspects cliniques et éthiques du transfert en réanimation des patients porteurs d'hémopathies malignes; *Réanimation*, Volume 19, Issue 8, décembre 2010, pp 699-705

Soixante-septième assemblée mondiale de la santé : Point 15.5 de l'ordre du jour 24 mai 2014, Renforcement des soins palliatifs en tant qu'élément des soins complets à toutes les étapes de la vie.