

Onco-hématologie

Onco-hematology

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SPF029

Is intensive care beneficial for patients with haematologic malignancies?

M. Nyunga, E. Ras, P. Herbecq, I. Verheyde, C. Lemaire
Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Roubaix, Roubaix, France

Introduction: Despite of best prognosis of patients with haematologic malignancies (PHM) over these last years due to progress in management, intensivists are reluctant to admit those patients to intensive care unit (ICU) because of high mortality rates, above 50%. The aim of this study was to retrospectively evaluate the value of intensive care therapy of PHM and predictive factors of short and long-term survival with the best post-ICU quality of life.

Patients and methods: The case notes of 88 PHM requiring admission in a 25 medical-surgical ICU of Roubaix Hospital, France, were retrospectively reviewed during a 5 year period, 2003 to 2007. Were collected demographic factors, Simplified Acute Physiology Score II (SAPS II), Logistic Organ Dysfunction System Score (LODS), Charlson score, microbiology, status of underlying HM, haematologic factors data, therapeutic support, blood cells transfusion, survival follow-up (at the first 48 hours on ICU, discharge from the ICU, at three, twelve and 18 months after ICU).

Résultats: Univariate logistic regression analysis of factors previously shown to influence survival revealed that HM status, Charlson score, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$, during of mechanical ventilation, blood cells transfusion, outcome at the first 48 hours on ICU were significantly associated with survival ($P < 0.05$). PHM with a favourable course, (treatment response), at the first 48 hours on ICU had better survival rate (95.7%) than unfavourable course (33.3%) ($P < 0.001$). There were a correlation between mean SAPS II, LODS and outcome at the first 48 hours on ICU ($P = 0.03$). Using multivariate analysis identified 3 variables independently associated with ICU survival: two negatives mechanical ventilation (HR = 4.9) and LODS score (HR = 1.12); one protective factor, red blood cells transfusion (HR = 0.7) without additional cost. ICU, 3-months, 12-months and 18-months survival were respectively 69.3% (61/88), 37.5% (33/88), 27.3% (24/88), 23.8% (21/88) with a mean Performans Status at 1.03 ± 1 , a mean Karnofsky index at 77.6 ± 15 .

Conclusion: The ICU management benefit PHM referred earlier to ICU because of the good quality of life on long-term survivors. Therefore the unlimited life-sustaining treatment should be reevaluated on the first 48 hours on ICU based on SAPS II, LODS and Charlson scores.

SPF030

Réanimation des patients présentant une urgence vitale à la phase inaugurale d'une hémopathie maligne

A.-S. Moreau¹, A. Seguin², V. Lemiale¹, E. Canet¹, E. Mariotte¹, D. Schnell¹, E. Lengliné¹, D. Reuter¹, E. Azoulay¹

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

²Service de réanimation médicale, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France

Introduction : Au diagnostic, les hémopathies malignes peuvent présenter une complication aiguë nécessitant une hospitalisation en réanimation. Le problème est alors triple : reconnaître la complication, prendre en charge les défaillances d'organe correspondantes, et administrer en urgence une chimiothérapie. Cette étude cherche à décrire ces évènements précoces amenant les patients avec hémopathie maligne inaugurale en réanimation.

Patients et méthodes : Étude rétrospective portant sur les patients atteints de leucémie aiguë (LA) ou de lymphome agressif (LNH), hospitalisés en réanimation au diagnostic de l'hémopathie. L'hospitalisation était soit « préventive » chez des patients à haut risque de syndrome de lyse ou de compression tumorale, soit « curative » quand la/les défaillance(s) d'organe était(en)t déjà installée(s).

Résultats : 132 patients étaient inclus dans l'étude de 2008 à 2010 (âge 47 ans [IQR 30–60]) avec un score IGS II moyen de $42 \pm 1,7$, un SOFA à j1 de $6,2 \pm 0,45$. Le délai médian entre le diagnostic et l'admission en réanimation était de 0,5 jours [IQR 0–4] et la durée d'hospitalisation en réanimation de 5 jours [IQR 0–63]. La chimiothérapie était administrée le jour de l'admission [IQR –1–0]. 49 patients (37 %) bénéficiaient d'une réanimation prophylactique. Les hémopathies malignes étaient en majorité des LA myéloblastiques ($n = 35$), et des LNH B à grandes cellules ($n = 45$). Tous les patients recevaient un traitement spécifique de l'hémopathie en réanimation (112 une chimiothérapie, 8 un traitement cytoréducteur par hydroxyurée et 15 une corticothérapie). Les urgences à la chimiothérapie et les taux de mortalité sont décrits dans le tableau 1. Dix-huit (13,6 %) patients présentaient plus d'une urgence hématologique. Les défaillances d'organe à l'admission étaient rénale ($n = 56$, 42,5 %), respiratoire ($n = 45$, 34 %), hémodynamique ($n = 27$, 20,5 %), neurologique ($n = 26$, 20 %), et hépatique ($n = 18$, 13 %). Les techniques de suppléance au cours de l'hospitalisation étaient la VNI pour 10 patients (7 %), une ventilation mécanique invasive pour 48 patients (36 %), une épuration extra-rénale pour 63 patients (48 %) et un support hémodynamique pour 40 patients (30 %).

Tableau 1 Taux de mortalité en fonction de l'urgence hématologique

	Décès en réanimation	Décès intra-hospitalier	Décès à 3 mois	Décès à 6 mois
Masse tumorale compressive ($n = 35$)	7 (20 %)	9 (26 %)	9 (26 %)	9 (26 %)
Leucostase ($n = 15$)	3 (20 %)	6 (40 %)	6 (40 %)	7 (47 %)
Infiltration tumorale ($n = 19$)	1 (5 %)	3 (16 %)	6 (32 %)	7 (39 %)
Syndrome d'activation macrophagique ($n = 21$)	10 (48 %)	14 (70 %)	14 (74 %)	16 (84 %)
Syndrome de lyse ($n = 60$)	11 (18 %)	14 (24 %)	16 (27 %)	23 (39 %)
Réanimation prophylactique	3 (6 %)	5 (10 %)	5 (10 %)	6 (12 %)
Réanimation curative	21 (25 %)	33 (40 %)	36 (45 %)	44 (58 %)

Un patient sur 5 admis en réanimation prophylactique s'est aggravé, avec un taux de mortalité en réanimation de 30 %, à comparer avec un taux de 25 % de mortalité en cas de défaillance initiale. Cette aggravation secondaire n'était pas associée aux paramètres disponibles à l'admission.

Discussion : Cette série souligne la nécessité fréquente d'une prise en charge mixte réanimatoire et hématologique des hémopathies agressives. La mortalité à 3 mois des patients recevant une chimiothérapie en urgence en réanimation, le plus souvent avec dialyse/ventilation/amines est de 45 %. Le bénéfice d'une réanimation prophylactique semble dépendre de la maladie sous-jacente, mais 20 % des patients vont s'aggraver (syndrome de lyse, infiltration leucémique, activation macrophagique). La survie de ces patients sélectionnés reste cependant acceptable.

Conclusion : Les patients atteints d'une hémopathie inaugurale avec défaillance d'organe et nécessité de réanimation ont une survie acceptable. Des études comparant les patients à haut risque restant en salle et ceux admis de façon prophylactique en réanimation sont nécessaires.

SPF031

Pronostic des patients neutropéniques admis en réanimation pour détresse respiratoire aiguë

D. Mokart¹, M. Darmon², A. Bourmaud³, A. Kouatchet⁴, F. Pene⁵, V. Lemiale⁶, J. Lambert⁷, F. Bruneel⁸, F. Vincent⁹, M. Legrand¹⁰, A. Rabbat¹¹, E. Azoulay⁶

¹Service de réanimation adulte, institut Paoli-Calmettes, Marseille, France

²Service de réanimation polyvalente G, CHU Nord, Saint-Étienne, France

³Département de santé publique, institut de cancérologie de la Loire, Saint-Étienne, France

⁴Service de réanimation médicale et de médecine hyperbare, CHU d'Angers, Angers, France

⁵Service de réanimation médicale, CHU Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

⁶Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

⁷Département de biostatistiques et informatique médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

⁸Service de réanimation médico-chirurgicale, centre hospitalier de Versailles, site André-Mignot, Le Chesnay, France

⁹Service de réanimation médico-chirurgicale, CHU Avicenne, Bobigny, France

¹⁰Département d'anesthésie et réanimation, CHU Lariboisière, Paris, France

¹¹Service de réanimation pneumologique, CHU Hôtel-Dieu, Paris, France

Introduction : La détresse respiratoire aiguë (DRA) reste le motif principal d'admission en réanimation des patients neutropéniques. Les complications infectieuses, ainsi que la toxicité des traitements reçus sont considérées comme les principaux facteurs de DRA chez ces patients. Peu d'études ont cependant étudié cette population de patient. L'objectif de ce travail était de décrire les caractéristiques des patients neutropéniques admis pour DRA et d'évaluer les facteurs pronostiques.

Patients et méthodes : Étude rétrospective d'une base de données provenant de la fusion des bases de deux études prospectives (études minimax et études BAL-OH) [1,2]. Étaient inclus dans ces études les patients âgés de plus de 18 ans, présentant une maladie tumorale (hémopathie ou cancer solide) et admis en réanimation pour détresse respiratoire aiguë. Seuls les patients neutropéniques à l'admission ont été retenus pour cette étude ancillaire. Les résultats sont exprimés

en médiane [IQR] ou n (%). Afin d'évaluer les facteurs associés au pronostic hospitalier nous avons réalisé un modèle de régression logistique conditionnel où les variables ayant un $p < 0,1$ étaient conservées.

Résultats : Au total, 123 patients, âgés de 57 ans (44–65), ont été inclus. Soixante-dix-neuf de ces patients (64 %) étaient de sexe masculin et la sévérité à l'admission, évaluée par le score LOD, était de 6 (4–9). La majeure partie d'entre eux avaient une hémopathie (107 patients, 89 %), le plus souvent aiguë (leucémie aiguë chez 35 patients, lymphome non hodgkinien chez 35 patients). Vingt-quatre patients avaient bénéficié d'une allogreffe de moelle (19,5 %), et 23 patients (19 %) étaient admis en réanimation au cours de la période de sortie d'aplasie. Au cours du séjour en réanimation, 81 patients (65,8 %) ont nécessité la ventilation mécanique, dont 69 patients nécessitant une VM conventionnelle (56,1 %), 62 patients ont nécessité l'utilisation d'amines (50,4 %), et 32 patients ont nécessité une épuration extra-rénale (26 %). Les principaux diagnostics retrouvés étaient une infection bactérienne chez 38 patients (30,9 %), une aspergillose pulmonaire invasive chez 13 patients (10,6 %) et un OAP cardiogénique chez 12 patients (9,7 %). Aucun diagnostic étiologique n'était retrouvé chez 28 patients (22,8 %). La mortalité en réanimation et à l'hôpital étaient respectivement de 41,5 % ($n = 51$) et 77 % ($n = 95$). En régression logistique, seuls trois facteurs étaient associés à la mortalité hospitalière : le recours à la VM conventionnelle (OR : 7,6 ; IC 95 % : [2,6–22,0]), un traitement par stéroïdes avant admission en réanimation (OR : 0,26 ; IC 95 % : [0,09–0,72]) et une admission en réanimation dans la période précédant la sortie d'aplasie (OR : 0,21 ; IC 95 % : [0,07–0,64]). Lorsque le type de maladie tumorale sous-jacente, l'absence de diagnostic étiologique, ou les autres défaillances d'organes étaient forcées dans le modèle, ce dernier n'était pas modifié.

Conclusion : La mortalité des patients neutropéniques admis en réanimation pour DRA reste élevée (77 %). En dehors du recours à la ventilation mécanique conventionnelle, seuls deux caractéristiques sont associées indépendamment à la mortalité hospitalière : l'utilisation de stéroïdes avant admission et l'hospitalisation dans la période précédant la sortie d'aplasie. L'effet protecteur des stéroïdes persiste lorsque la pathologie tumorale sous-jacente est forcée dans le modèle suggérant que cette association soit indépendante du type d'hémopathie. L'effet protecteur de la sortie d'aplasie pourrait témoigner soit d'un effet protecteur lié à la récupération d'une immunité efficace soit du pronostic favorable des DRA liées à la sortie d'aplasie.

Bibliographie

1. Azoulay E, Mokart D, Rabbat A, et al (2008) Diagnostic bronchoscopie en hématologie et oncologie patients with acute respiratory failure: prospective multicenter data. *Crit Care Med* 2008 36:100–7
2. Azoulay E, Mokart D, Lambert J, et al (2010) Diagnostic strategy for hematology and oncology patients with acute respiratory failure: randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med* 182:1038–46

SPF032

Tumeurs solides et réanimation : analyse descriptive monocentrique, rétrospective, pronostique à court et moyen terme

F. Gonzalez, F. Vincent, J.-P. Fosse, P. Karoubi, C. Clec'H, F. Chemouni, M. Laouisset, Y. Cohen
Service de réanimation médico-chirurgicale, CHU Avicenne, Bobigny, France

Introduction : L'analyse du pronostic des patients souffrant de cancers solides hospitalisés en réanimation est l'objet de deux critiques

majeures dans les études antérieurement publiées. La première est que sont souvent associés patients d'hématologie et de cancérologie, à l'exception de quelques études s'intéressant spécifiquement aux cancers bronchiques [1,2]. La seconde consiste en un suivi le plus souvent à court terme (réanimation ou intra-hospitalier). L'objectif de notre étude est de préciser, le pronostic des patients avec cancers solides évolutifs admis en réanimation.

Matériels et méthodes : Tous les patients souffrant de cancers solides évolutifs, admis entre le 01/06/2006 et le 31/05/2011, ont été inclus. Ceux admis pour une surveillance postopératoire simple de chirurgie programmée ont été exclus. Deux cent patients ont été inclus représentant 6,5 % des admissions, hors surveillance postopératoire de chirurgie programmée, durant cette période. En cas de séjours multiples, seul le dernier a été analysé. Les résultats sont exprimés en médiane [interquartiles] pour les variables quantitatives et en nombre (%) pour les variables qualitatives.

Résultats : Les hommes étaient majoritaires (60,5 %). L'âge était de 63 ans [55–73]. Les cancers les plus fréquents étaient bronchiques et pulmonaires (37,5 %), coliques (16 %), de la sphère oro-pharyngolaryngée (7,5 %), mammaires (6,5 %), gynécologiques (5,5 %), 66 % étant métastatiques. L'ancienneté du diagnostic était de 3 mois [0–15], celui-ci étant porté en réanimation dans 16,5 % de cas. La majorité des patients étaient considérés comme médicaux (80 %). Les diagnostics d'entrée les plus fréquents étaient : insuffisance respiratoire aiguë (33,5 %), choc septique et sepsis sévère (25,5 %), arrêt cardiocirculatoire (6 %), choc hypovolémique (5 %), surveillance post opératoire (chirurgie urgente ; 4 %). Quarante deux pourcent des admissions étaient considérées comme liées à la néoplasie évolutive. L'IGS 2 était 61 [22–124], l'Apache II 25 [17–33] et le SOFA à j1 4 [2–8]. Ces patients étaient considérés comme en mauvais état général, avec un espoir de survie faible (état fonctionnel C ou D : 76 % ; Mac Cabe ≥ 3 : 73,4 %). Seuls quatre avaient des globules blancs $< 0,5$ G/l à l'admission. Les techniques de réanimation utilisées étaient : ventilation mécanique, 66,5 % (invasive : 85,7 %) ; catécholamines, 36,5 % ; épuration extra-rénale, 4,9 %. Seuls 4,9 % recevaient un traitement anticancéreux en réanimation. Le taux de décès en réanimation était de 41,5 % (décision de limitation des thérapeutiques actives : 46,5 %), celui à l'hôpital de 58,5 %. Seuls 32,5 % des patients admis en réanimation étaient vivants à 6 mois (8 données manquantes).

Discussion : Cette population de patients diffère de celle de ceux souffrant d'hétopathies malignes (plus d'admissions chirurgicales, très peu de neutropénie, traduisant une immunodépression probablement différente, plus d'admissions liées au cancer, peu de traitement anti-néoplasique en réanimation). Elle mérite probablement d'être étudiée séparément, comme cela l'a déjà été fait pour ceux souffrant de cancers bronchiques ou pulmonaires [1,2].

Conclusion : La population de patients souffrant de cancers solides admis en réanimation mérite d'être étudiée à part des patients d'hématologie. La survie à moyen terme observée dans notre série (un tiers des patients admis à 6 mois) invite à une réflexion sur l'admission de ces patients et les éventuels marqueurs pronostiques. Une étude multicentrique, internationale, incluant des hôpitaux « généralistes » et des hôpitaux spécialisés en cancérologie, est en cours afin d'essayer de mieux préciser les caractéristiques de ces patients et d'identifier les éventuels facteurs pronostiques de survie à long terme sur un plus grand nombre de patients plus diversifiés.

Références

1. Roques S, Parrot A, Lavole A, et al (2009) Six-month prognosis of patients with lung cancer admitted to the intensive care unit. *Intensive Care Med* 35:2044–50
2. Toffart AC, Minet C, Raynard B, et al (2011) Use of intensive care in patients with nonresectable lung cancer. *Chest* 139:101–8

SPF033

Syndrome de lyse tumorale et insuffisance rénale aiguë en réanimation : à propos de 63 cas

L. Zafrani¹, E. Canet¹, M. Darmon², A.-S. Moreau¹, D. Reuter¹, E. Mariotte¹, D. Schnell¹, N. Maziers¹, E. Lengline¹, V. Lemiale¹, B. Schlemmer¹, E. Azoulay¹

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

²Service de réanimation médicale, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

Introduction : Les hétopathies malignes peuvent se manifester à la phase inaugurale, spontanément ou après la mise en route de la chimiothérapie par un syndrome de lyse tumorale, responsable de complications métaboliques aiguës et d'une atteinte rénale potentiellement délétère à long terme.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle monocentrique menée de novembre 2007 à novembre 2010 incluant tous les patients avec une hétopathie maligne inaugurale hospitalisés en réanimation et ayant développé un syndrome de lyse tumorale (SLT).

Résultats : Soixante trois patients, âgés de 46 ans [14–75] ont été inclus dans l'étude. Le SLT constituait le motif principal d'admission chez 44 % des patients, mais tous ont développé un SLT au cours de leur hospitalisation en réanimation. Les hétopathies malignes responsables étaient des lymphomes malins non hodgkiniens (56 %), des leucémies aiguës myéloblastiques (27 %) et des leucémies aiguës lymphoblastiques (17 %). Les patients étaient pris en charge en réanimation en moyenne 8 jours [0–56] après l'admission à l'hôpital. Le SOFA moyen à l'admission était à 8. Dix-neuf patients (30,1 %) ont présenté un état de choc, 43 (68 %) ont reçu de l'oxygène, 9,5 % de la ventilation non invasive, 37 % de la ventilation mécanique et 29 % des catécholamines. La fonction rénale à l'admission était caractérisée par une créatininémie à 145 $\mu\text{mol/l}$ (± 77) et un rapport protéinurie/créatininurie à 0,23 g/mmol ($\pm 0,16$). La prise en charge initiale du SLT comportait une hyperhydratation avec un soluté salé isotonique pour tous les patients et l'administration de rasburicase en cas d'hyperuricémie (69,8 % des patients, $n = 44$). Soixante et un patients (97 %) ont développé une insuffisance rénale aiguë (IRA) selon la classification RIFLE (R : 29 %, I : 15 %, F : 56 %). Les autres troubles métaboliques incluaient : une augmentation des LDH ($6580 \pm 1\,027$ UI/l), une hyperphosphorémie 1,6 ($\pm 0,5$) mmol/l, une hyperuricémie 619 (± 258) $\mu\text{mol/l}$. La calcémie à l'admission était à 2,18 ($\pm 0,3$) mmol/l. Une épuration extrarénale a été nécessaire chez 50 patients (79 %), 1 jour [0–11] après leur admission en réanimation et pendant 7 jours [1–34]. Sous traitement, aucun SLT ne s'est compliqué d'hyperkaliémie menaçante. L'IRA était d'autant plus sévère que le SLT s'associait à une autre cause d'IRA. En effet, 33 patients ont présenté en association au SLT une ou plusieurs autres causes d'IRA : fonctionnelle (24 %), toxique (24 %), nécrose tubulaire aiguë (21 %), infiltration rénale spécifique (8 %), obstructive (6 %), glomérulaire (5 %) et un syndrome d'activation macrophagique était associé au SLT chez 7 patients. La mortalité était de 22 % en réanimation et de 40 % à 6 mois. Les IRA dont l'étiologie était un SLT isolé étaient de bien meilleur pronostic que les IRA de causes multiples, en termes de créatininémie à 6 mois (70 versus 147 $\mu\text{mol/l}$, $p < 0,05$) et de survie à 6 mois (87 versus 46 %, $p < 0,05$).

Conclusion : La prise en charge précoce en réanimation des SLT et la mise en route de l'épuration extrarénale permet d'éviter la survenue de complications métaboliques aiguës engageant le pronostic vital à court terme. Cependant, l'association du SLT à d'autres causes d'IRA altère la fonction rénale à long terme et est associée à une baisse de la survie. La recherche systématique et le traitement de ces causes devraient permettre une amélioration de la prise en charge réanimatoire, hématologique et rénale de ces patients.

SPF034**Le syndrome de lyse tumorale en réanimation pédiatrique : à propos de 28 cas de 2006 à 2011**

G. Cros, S. Ajzenfisz, C. Madre, P. Sachs, C. Michot, S. Dager
Service de réanimation pédiatrique, CHU Robert-Debré, Paris, France

Introduction : Le syndrome de lyse tumorale (SLT) est caractérisé par les anomalies métaboliques (SLT biologique) secondaires à la destruction massive des cellules tumorales et peut conduire à une insuffisance rénale (SLT clinique), mettant parfois en jeu le pronostic vital. Notre étude est la première à s'intéresser aux caractéristiques et au pronostic des patients hospitalisés en unité de réanimation pédiatrique (URP) avec un SLT.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective, monocentrique, des dossiers médicaux des patients hospitalisés dans l'URP de l'hôpital Robert-Debré à Paris du 1^{er} janvier 2006 au 31 mars 2011 et présentant un diagnostic de SLT avéré ou potentiel. Recueil des principales caractéristiques anamnestiques, clinico-biologiques et thérapeutiques ainsi que de la morbi-mortalité immédiate et à 6 mois.

Résultats : 28 enfants avec une hémopathie maligne et d'âge médian 8,7 ans ont présenté un SLT. Onze patients (46,5 %) avaient une atteinte rénale (SLT clinique) nécessitant une épuration extra-rénale. L'hospitalisation en URP était très précoce et le traitement anti-tumoral était initié en URP chez 23 patients (85 %). Aucun patient n'est décédé des conséquences directes du SLT. Aucun des 17 patients sans atteinte rénale à l'admission n'en a développé une. La fonction rénale à 6 mois, évaluée par la clairance de la créatinine, était strictement normale chez les 24 patients survivants.

Conclusion : Notre étude permet, en plus d'évaluer les caractéristiques cliniques et démographiques, de montrer l'absence de mortalité directement imputable au SLT chez les patients hospitalisés en URP. Leur fonction rénale à six mois est normale. À l'heure où la définition du SLT de Cairo et Bishop est remise en question [1,2], notre étude est la première à décrire en détails les formes les plus sévères de SLT du nourrisson et de l'enfant.

Références

1. Cairo MS, Bishop M (2004) Tumor lysis syndrome: new therapeutic strategies and classification. *Br J Haematol* 127:3–11
2. Howard SC, Jones DP, Pui CH (2011) The tumor lysis syndrome. *N Engl J Med* 364:1844–54

SPF035**Pronostic des patients atteints de cancer pulmonaire non résécable admis en réanimation : étude monocentrique sur 6 ans**

C. Guervilly¹, S. Ollier¹, M. Adda¹, A. Loundou², S. Hraiech¹, F. Xeridat¹, J.-M. Forel¹, J. Allardet-Servent³, A. Roch¹, L. Papazian¹
¹*Service de réanimation, détresses respiratoires et infections sévères, hôpital Nord, Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille, France*
²*Unité d'aide méthodologique à la recherche clinique, faculté de médecine, université de la Méditerranée Aix-Marseille-II, Marseille, France*
³*Service de réanimation polyvalente, hôpital Ambroise-Paré, Marseille, France*

But : L'objectif de cette étude était l'identification de facteurs pronostiques en réanimation et à moyen terme pour des patients atteints de néoplasie pulmonaire non résécable hospitalisés en réanimation pour une cause médicale.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre janvier 2005 et décembre 2010 concernant les patients atteints de néoplasie pulmonaire non résécable hospitalisés en réanimation, à l'exclusion de ceux hospitalisés pour une cause chirurgicale. Les paramètres étudiés concernaient les caractéristiques du cancer, du séjour en réanimation, la mise en place de décision de limitation et/ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA), ainsi que la survie en réanimation et à 3 mois.

Résultats : Soixante-six patients ont été inclus. Le taux de mortalité observé en réanimation était de 53 %, avec une médiane de survie à 2 mois (1–4) après la sortie du service. En analyse multivariée, les facteurs associés à une mortalité plus élevée en réanimation étaient un score de SAPS II élevé à l'entrée (HR = 1,04, IC à 95 % : [1,00–1,08]) ainsi qu'une décision de LATA (HR = 4,5, IC à 95 % : [1,58–12,83]). Les facteurs associés à une meilleure survie en réanimation étaient la réalisation d'une bronchoscopie durant le séjour (HR = 0,28, IC à 95 % : [0,11–0,70]) et l'admission dans le service sur la période 2008 à 2010 (HR = 0,2, IC à 95 % : [0,07–0,59]). Les facteurs associés à une meilleure survie à 3 mois étaient un score de SOFA inférieur à 7 à l'admission, l'absence de SDRA, de ventilation invasive ou de décision de LATA durant le séjour.

Conclusion : Dans notre étude, le pronostic en réanimation n'apparaît pas lié au stade évolutif du cancer mais plutôt à la gravité de la pathologie aigüe : proposer aux patients porteurs de néoplasies pulmonaires évolués, une admission en réanimation suivie d'une réévaluation précoce paraît donc envisageable.