

Chapitre 1 : Introduction sur les soins intensifs et urgences oncologiques

Objectifs généraux du cours

1. Familiariser l'élève-infirmier(e) avec le patient cancéreux admis en unité de soins intensifs ou consultant aux urgences
2. Connaître les complications rencontrées et les aspects particuliers de l'abord thérapeutique

Objectifs spécifiques du cours

- Donner une formation suffisante pour permettre à l'infirmier(e) "SIAMU" de pouvoir s'engager sans difficultés majeures dans une unité de soins intensifs ou un service d'urgence traitant régulièrement des patients admis pour une complication d'un cancer ou de son traitement.

La conférence de consensus de 2019, publiée en 2021

Intensive Care Med (2021) 47:1063–1077
<https://doi.org/10.1007/s00134-021-06508-w>

CONFERENCE REPORTS AND EXPERT PANEL

Critically ill cancer patient's resuscitation: a Belgian/French societies' consensus conference



Anne-Pascale Meert^{1*} , Sebastian Wittnebel², Stéphane Holbrechts³, Anne-Claire Toffart⁴, Jean-Jacques Lafitte⁵, Michael Piagnerelli⁶, France Lemaitre⁷, Olivier Peyrony⁸, Laurent Calvel⁹, Jean Lemaitre¹⁰, Emmanuel Canet¹¹, Alexandre Demoule¹², Michael Darmon¹³, Jean-Paul Sculier¹, Louis Voigt¹⁴, Virginie Lemiale¹³, Frédéric Pène¹⁵, David Schnell¹⁶, Etienne Lengline¹⁷, Thierry Berghmans^{18,19}, Laurence Fiévet¹⁸, Christiane Jungels¹⁸, Xiaoxiao Wang¹⁸, Ionela Bold¹⁸, Aureliano Pistone¹⁸, Adriano Salaroli², Bogdan Grigoriu¹ and Dominique Benoit²⁰ on behalf of the Critically ill cancer patients consensus conference group

Les grandes questions

1. Quels critères de triage, en termes de complications et compte tenu de la maladie néoplasique sous-jacente et des éventuelles limites thérapeutiques, devraient être utilisés pour guider l'admission d'un patient atteint de cancer dans les unités de soins intensifs ?
2. Quelle assistance ventilatoire [oxygénation à haut débit, ventilation non invasive (VNI), ventilation mécanique invasive (IMV), oxygénation par membrane extra-corporelle (ECMO)] doit être utilisée, pour quelles complications et dans quel environnement ?
3. Quel support utiliser pour l'épuration extra-rénale, dans quelles conditions et environnement ?
4. Quelle assistance hémodynamique utiliser, pour quelles complications et dans quel environnement ?
5. Quel bénéfice de la réanimation cardiorespiratoire chez les patients cancéreux et pour quelles complications ?
6. Quelle surveillance intensive dans le cadre d'un traitement oncologique (chirurgie, traitement anticancéreux...) ?
7. Quelles sont les spécificités à prendre en compte en réanimation ?
8. Sur la base de quels critères, en termes de bénéfice et de complications et compte tenu de la maladie néoplasique, les patients hospitalisés en unité de soins intensifs (ou équivalent) doivent recevoir des éléments cellulaires dérivés du sang (globules rouges, globules blancs et plaquettes) ?
9. Quelle formation est requise pour les médecins en soins intensifs en charge de patients atteints de cancer ?

Les étapes

1. Revue systématique de la littérature
2. Experts
3. Conférence de consensus
4. Rapport et recommandations du jury

Le jury

The third step consisted in the consensus conference that was held on December 5–7 2019.

The jury was composed of general intensivists (Michael Piagnerelli, France Lemaitre), emergency doctor (Olivier Peyrony), oncologists (Stéphane Holbrechts, Anne-Claire Toffart), pulmonologist (Jean-Jacques Lafitte), haematologist (Sebastian Wittnebel), palliative care specialist (Laurent Calvel) and a thoracic surgeon (Jean Lemaitre) as well as a patients' representative of the VAINCRE association (Dominique Peltgen) and a nurse (Nathalie Leclercq). Members of the jury cannot have financial or any other conflict of interests that could influence the process. They are not experts and must not have taken a recent well-known and committed public position on the subject dealt with the conference. The consensus conference was held in French and was open to everyone including patients. Consensus conference was open to everyone including patients.

Niveau de preuve

Level of proof

GRADE A. High level of evidence

It means that a conclusion is based on Randomized Controlled Trials (RCTs—Randomized Clinical Studies) of excellent methodological quality and that the results are consistent for several studies.

GRADE B-Moderate level of evidence

It means that a conclusion is based on RCTs with serious methodological limitations (serious limitations) or that several studies show inconsistent results.

GRADE C. Low (or very low) level of evidence

It means that a conclusion is based on RCTs with very serious methodological limitations (very serious limitations) or that a conclusion is based on RCTs with serious methodological limitations (serious limitations) and that several studies show inconsistent results.

Niveau de recommandation

Recommendation levels

Strong recommendation

The advantages of a specific intervention or action clearly outweigh the disadvantages or risks.

Low recommendation

There is a balance between the advantages and the disadvantages or risks of a particular intervention or action.

The consensus conference report will be updated if new data are available.

Sources d'information

www.oncorea.com

- Livre : **Complications sévères chez le patient cancéreux**
- Diapositives : **Cours sur les soins intensifs oncologiques**

Modalités d'évaluation

Examen écrit (questions ouvertes)

L'importance des pathologies cancérologiques dans nos populations

BELGIAN CANCER REGISTRY

Cancer Survival in Belgium

Belgium 2004-2008
Brussels-Capital Region 2004-2008
Walloon Region 2004-2008
Flemish Region 1999-2008



SHORT REPORT

CANCER BURDEN IN BELGIUM, 2004-2019

*With focus on:
Completeness and validation of data quality
Invasive tumours (excl. non-melanoma skin cancer)*

CONTENTS

1 Quality of incidence data	3
1.1 Completeness of the Cancer Registry	3
1.1.1 Overlap between clinical and pathological network	3
1.2 Validity	4
1.2.1 Microscopically verified tumours	4
1.2.2 Availability of information on stage	5
1.2.3 Stability of incidence data over time	5
2 Cancer Burden in Belgium - Invasive tumours (excl. non-melanoma skin cancer)	8
2.1 Incidence, mortality, prevalence and relative survival	8
2.2 Incidence trends	11
2.3 Survival	12
2.2 Survival trends	13

Recommended reference:
Short report: Cancer burden in Belgium 2004-2019, Belgian Cancer Registry, Brussels, 2022

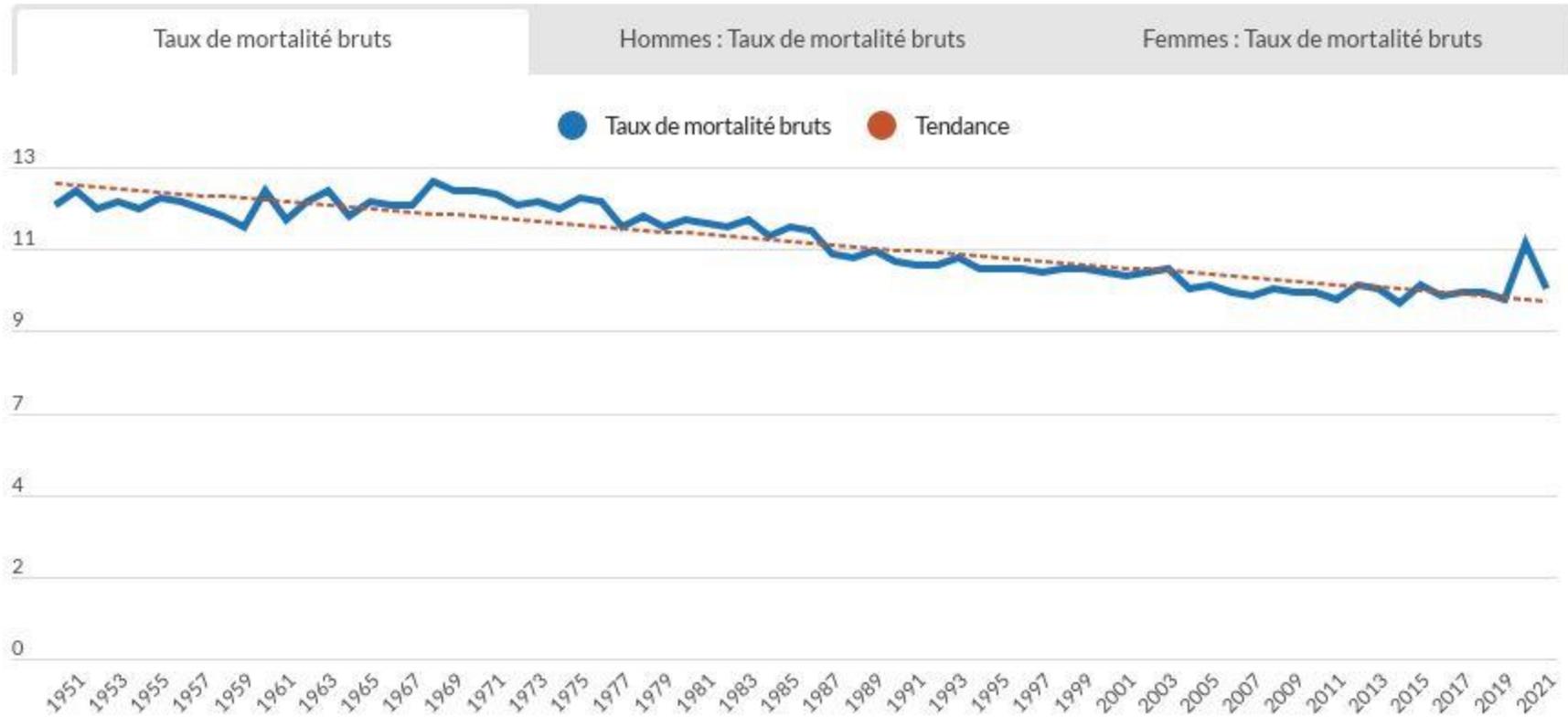
BELGIAN CANCER REGISTRY

Haematological malignancies Belgium 2004-2018



Taux de mortalité bruts

/1000



RESEARCH

Open Access

All-cause mortality supports the COVID-19 mortality in Belgium and comparison with major fatal events of the last century



Natalia Bustos Sierra^{1*} , Nathalie Bossuyt¹, Toon Braeye¹, Mathias Leroy¹, Isabelle Moyersoën¹, Ilse Peeters¹, Aline Scohy¹, Johan Van der Heyden¹, Herman Van Oyen^{1,2} and Françoise Renard¹

Monthly Mortality in Belgium per 100k Inhabitants, 1900–2020

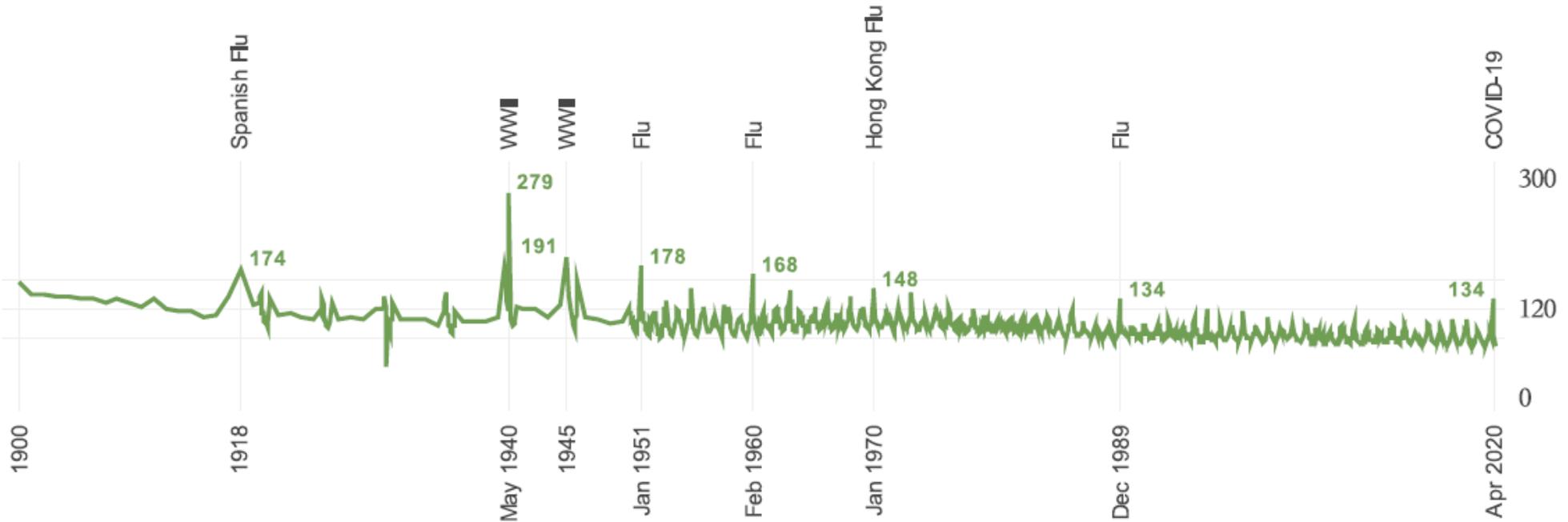


Fig. 2 The monthly mortality rate per 100,000 inhabitants from 1900 to 2020, Belgium

Causes de mort en Belgique (Statbel)

- Les maladies de l'appareil circulatoire (25,9% de l'ensemble des causes de décès) restent la première cause de décès, devant les tumeurs (25,0% de l'ensemble) et les maladies de l'appareil respiratoire (11,7% de l'ensemble).
- Chez les hommes, les tumeurs occupent la première place (28,2%) devant les maladies de l'appareil circulatoire (24,4%), tandis que chez les femmes, le classement national est respecté.

Le cancer en Belgique

Selon le Registre National du Cancer en 2008, 59.043 nouvelles tumeurs invasives (hors cancers cutanés non mélanomes, syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques) ont été enregistrées en Belgique, 54% chez les hommes et 46% chez les femmes.

L'âge moyen au diagnostic était de 67 ans chez les hommes et de 65 ans chez les femmes.

La même année, 26.647 patients sont décédés d'un cancer (57 % d'hommes, 43 % de femmes).

2020 : impact du Covid

Le dernier rapport montre que les chiffres pour l'année d'incidence 2020 ont été clairement influencés par la pandémie de COVID-19 en Belgique. Cet impact du COVID-19 varie considérablement en fonction du sexe, de l'âge, de la région, de la localisation de la tumeur, du stade de la maladie et des tendances de l'incidence au cours des années précédentes. Au cours des mois et des années à venir, la Fondation Registre du Cancer continuera de rapporter rigoureusement l'incidence du cancer.

2. Les dix cancers les plus fréquents en Belgique en 2020

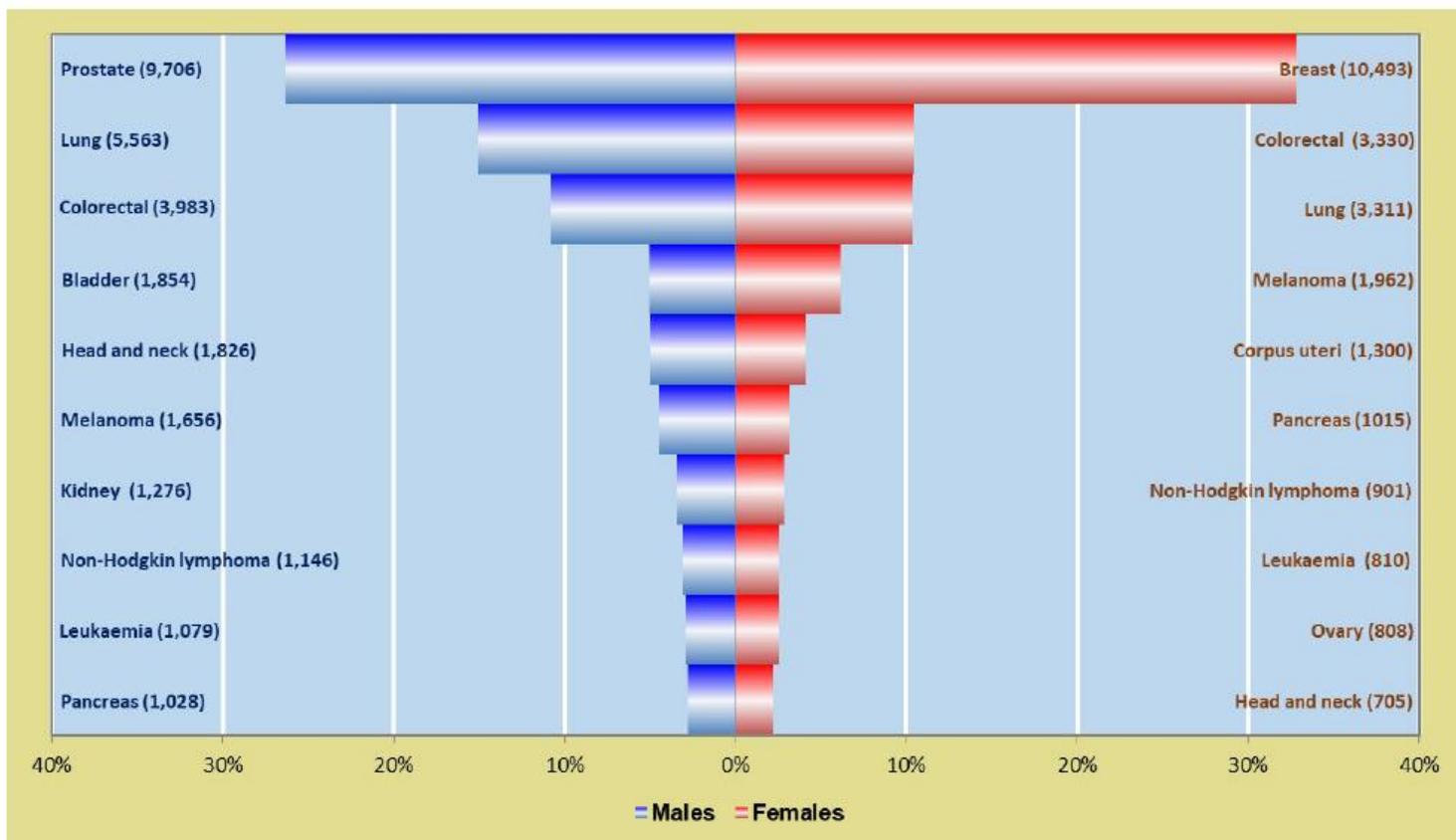
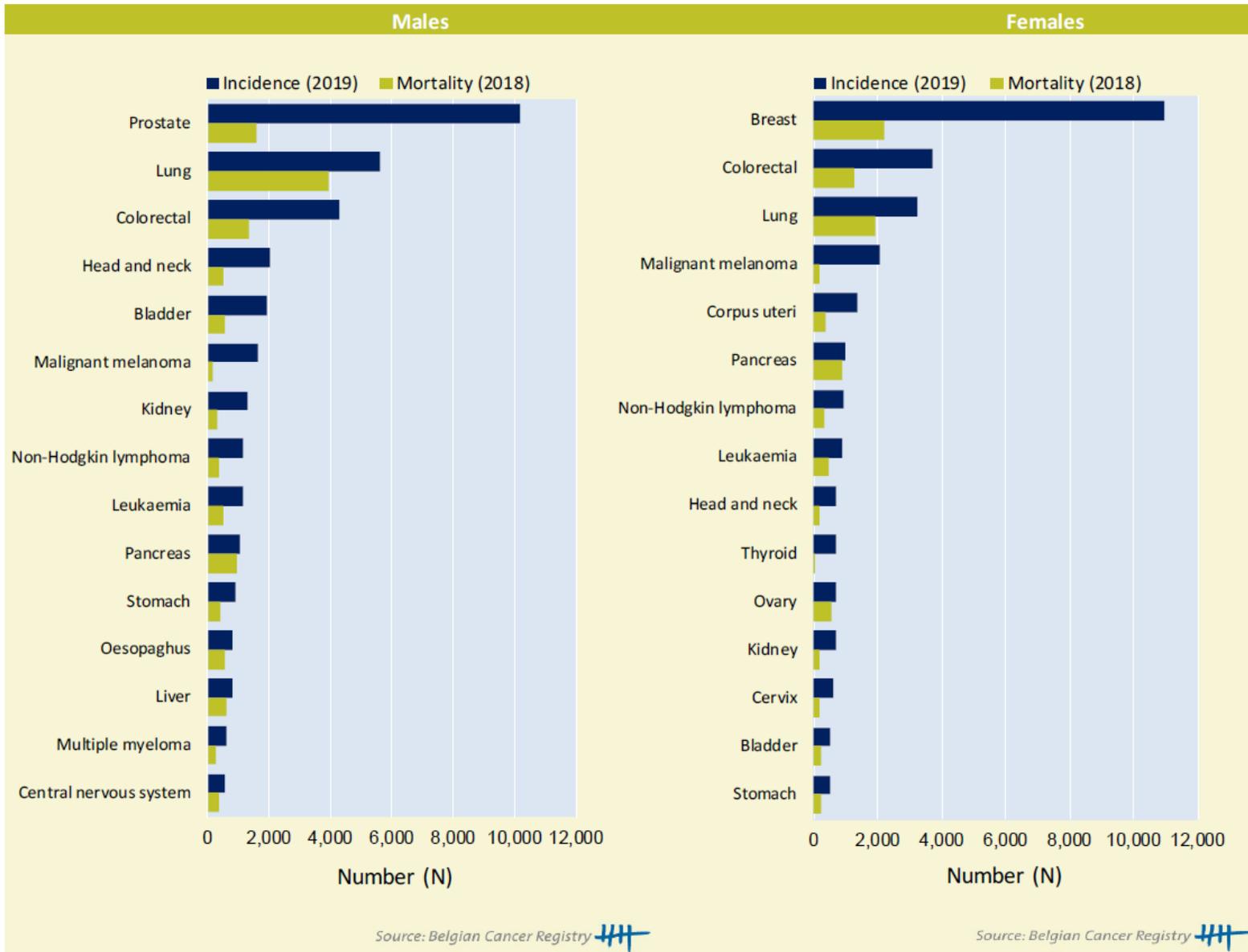


Figure 1 : Incidence (nombres absolus) des 10 cancers¹ les plus fréquents en Belgique en 2020. L'axe des x montre la proportion relative (%) par rapport à tous les nouveaux diagnostics de cancer¹.

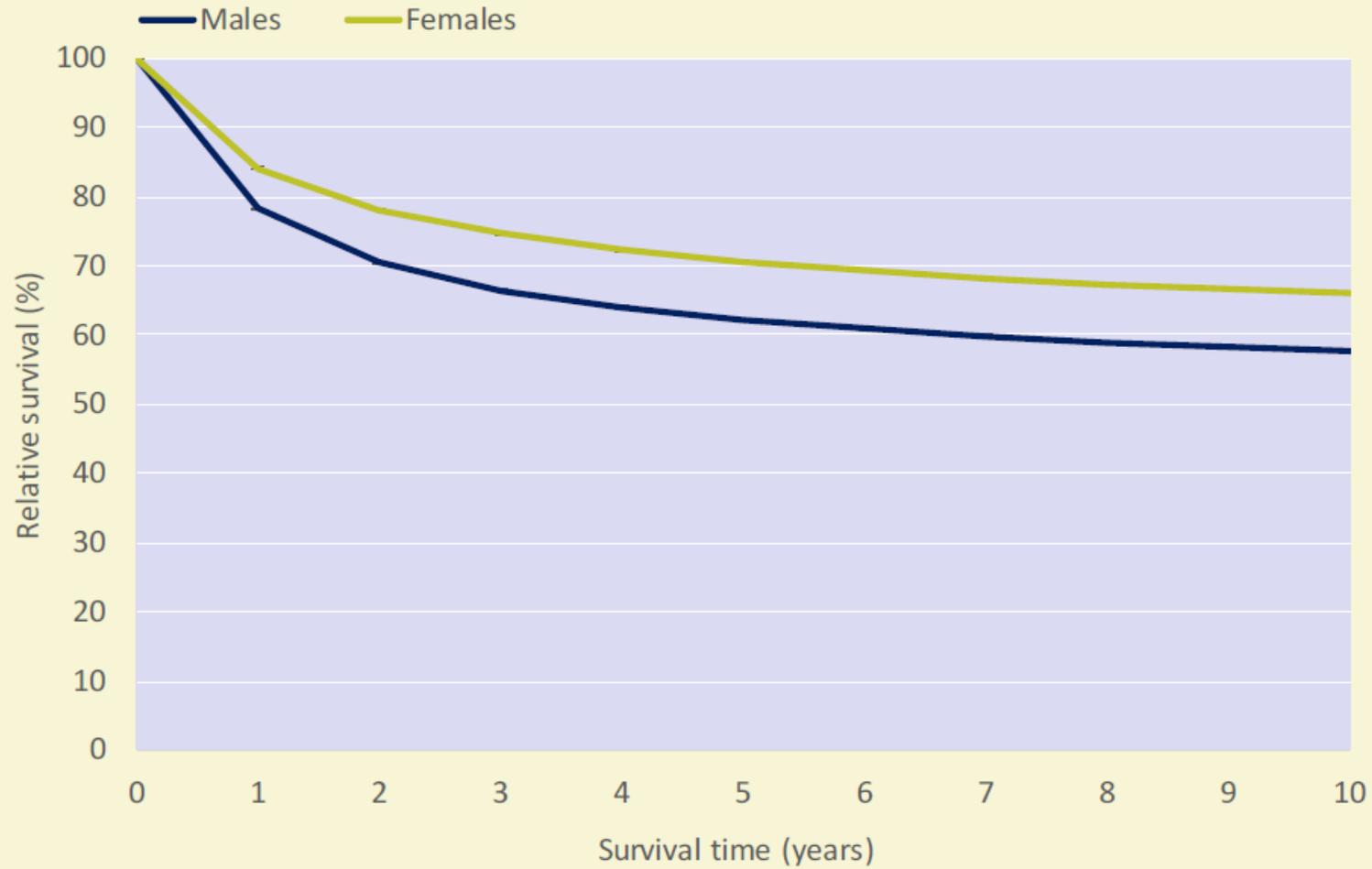
Figure 1 Incidence (N) and mortality (N) for the 15 most frequently diagnosed malignancies (excl. non-melanoma skin cancer) by sex in Belgium*



Source: Belgian Cancer Registry 

Source: Belgian Cancer Registry 

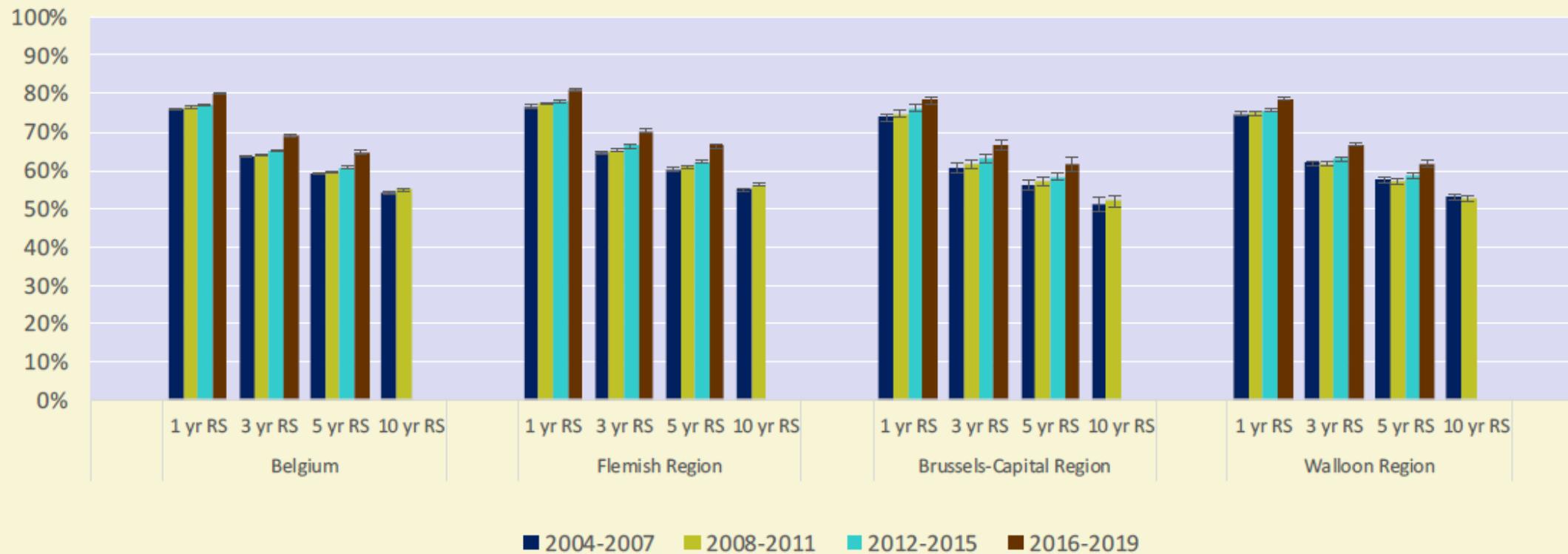
Figure 3 Invasive tumours (excl. non-melanoma skin cancer): Relative survival* by sex, Belgium 2008-2019



Source: Belgian Cancer Registry 

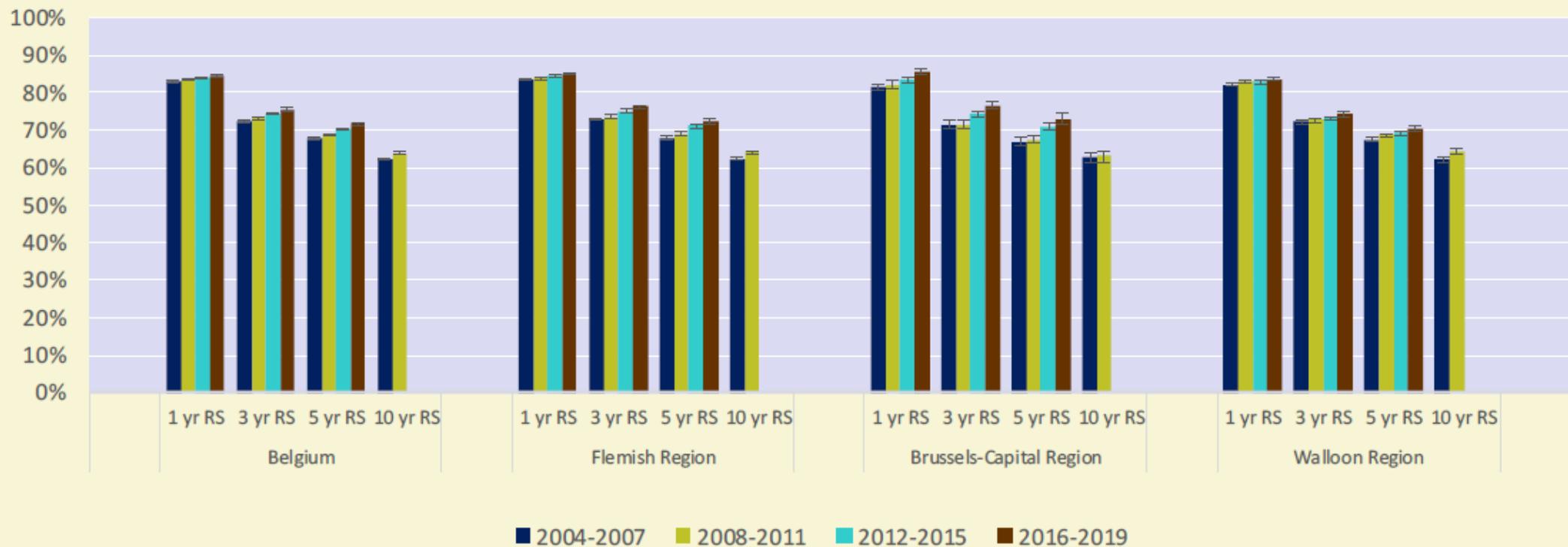
Figure 4 Invasive tumours (excl. non-melanoma skin cancer): 1-, 3-, 5- and 10-year relative survival (RS)* by sex and region

Males



Source: Belgian Cancer Registry 

Females



Chez les hommes comme chez les femmes, la tumeur la plus fréquemment diagnostiquée (respectivement cancer de la prostate et cancer du sein) est associée à une très bonne survie relative à 5 ans.

Le cancer du poumon, qui est le 2^{ème} cancer le plus fréquent chez les hommes et le 3^{ème} cancer le plus fréquent chez les femmes, a une faible survie relative à 5 ans.

Les cancers du côlon et du rectum, qui représentent la 3^{ème} tumeur la plus fréquente chez l'homme et la 2^{ème} tumeur la plus fréquente chez la femme, ont une survie relative intermédiaire de 5 ans.

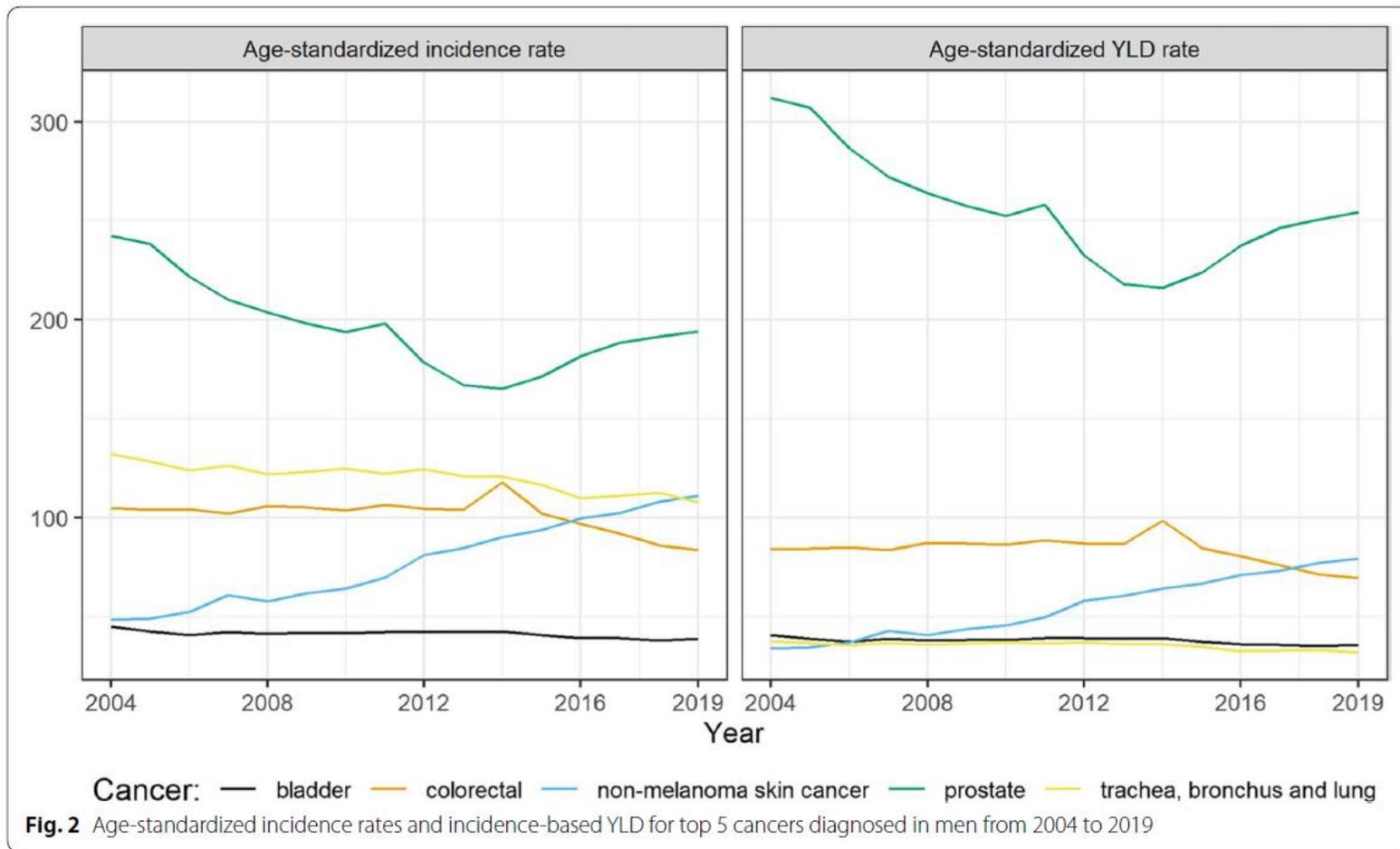
RESEARCH

Open Access

The non-fatal burden of cancer in Belgium, 2004–2019: a nationwide registry-based study

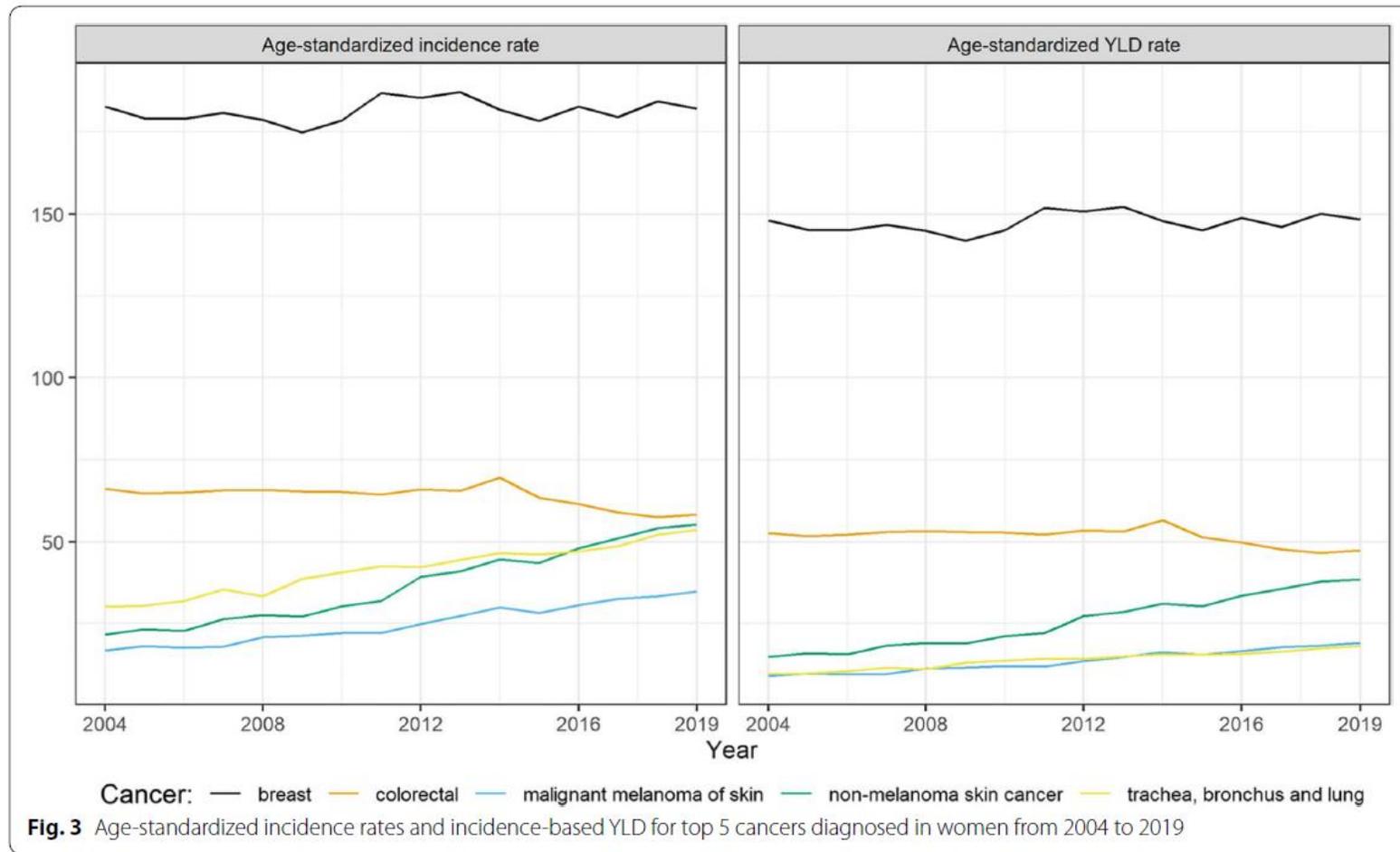


Vanessa Gorasso^{1,2*}, Geert Silversmit³, Marc Arbyn^{1,4}, Astrid Cornez¹, Robby De Pauw^{1,5}, Delphine De Smedt², Ian Grant⁶, Grant M. A. Wyper⁶, Brecht Devleeschauwer^{1,7} and Niko Speybroeck⁸



par 100.000 personnes

YLD : Years Lived with Disability



Ne pas être biaisé !

**Decisions about Resuscitation: Inequities among Patients
with Different Diseases but Similar Prognoses**

Robert M. Wachter, MD; John M. Luce, MD; Norman Hearst, MD, MPH; and Bernard Lo, MD

Annals of Internal Medicine. 1989;111:525-532.

Table 1. *Estimated Prognoses for Patients in the Four Diagnostic Groups Based on a Review of the Literature*

Disease	Reference	Estimated Survival, %	
		At 1 year	At 5 years
The acquired immunodeficiency syndrome	22-25	40 to 50	5 to 10
Unresectable non-small-cell lung cancer	26,27	25 to 35	3 to 5
Cirrhosis (history of esophageal varices)	28	30 to 40	5 to 10
Congestive heart failure (severe, with history of coronary disease)	29-33	50 to 60	5 to 10

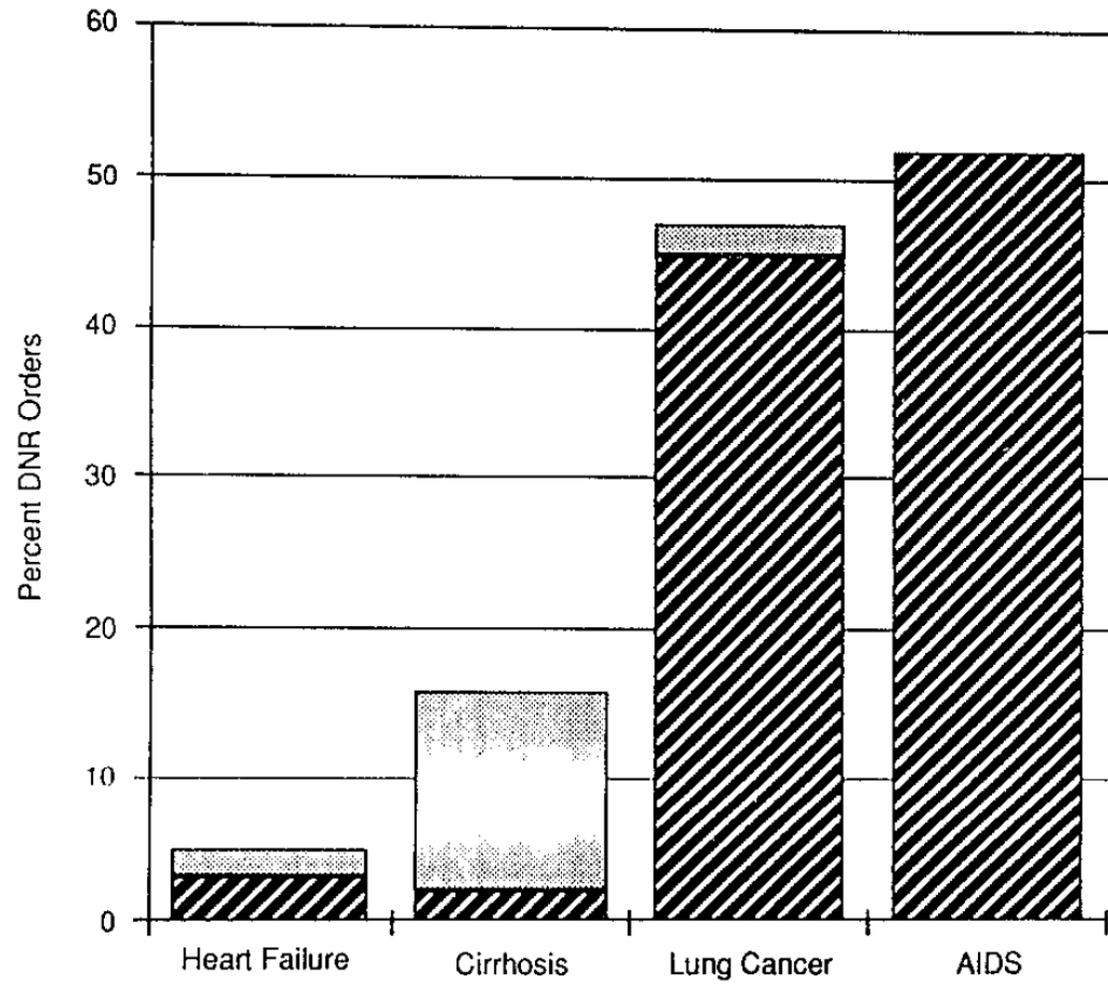


Figure 1. Frequency of DNR orders among patients in the four diagnostic groups. The hatched area indicates the percentage of patients whose DNR orders were written without a major in-hospital precipitant, and the shaded area indicates the percentage of patients whose DNR orders followed a major in-hospital precipitant.

Les types d'admission

Principales causes d'admission

- Complication médicale du cancer ou de son traitement
- Recouvrance et soins postopératoires
- Traitement anticancéreux intensif, à risque et/ou nouveau
- Affection sévère non liée au cancer ou à son traitement

Caractéristiques des complications

- Spectre différent des complications et problèmes rencontrés
- Spécificité propre de certaines pathologies
- Existence d'une maladie sévère sous-jacente
 - Tenir compte du **projet thérapeutique**

Le cancer sous-jacent

- Source de fragilité (« terrain »):
 - immunosuppression
 - neutropénie
 - troubles de l'hémostase
 - dissémination métastatique
 - syndromes paranéoplasiques
- A la base du pronostic à moyen et long termes

L'abord thérapeutique

Le traitement devra intégrer:

1. les soins intensifs de support et le traitement spécifique pour la complication
2. le traitement anticancéreux de fond
3. le traitement de support des complications du traitement anticancéreux
(! mauvais indice de performance du patient de réanimation)

Il faut tenir compte d'un double problème souvent intriqué

- **Problème chronique** (contexte) : cancer
 - Projet thérapeutique
 - Souhaits du patient
- **Problème nécessitant les soins intensifs** : complication le plus souvent
 - Traitement spécifique : peu de données sur les complications individuelles amenant à l'USI dans la littérature
 - Support USI : surveillance intensive, RCR, VMI, VNI, EER, amines

La formation en soins intensifs et urgences oncologiques

Question 9 conférence de consensus

- Le niveau de connaissance des onco-hématologues et des médecins de réanimation dans leur discipline réciproque n'est pas abordé dans la littérature et n'est, à ce jour, ni établi ni uniformément soutenu par des programmes de formation spécifiques.
- Le principal constat dans la littérature est que les rencontres quotidiennes entre les oncohématologues et l'équipe de soins intensifs et la mise en place de protocoles spécifiques amélioreraient les chances de survie du patient.
- La formation des hémato-oncologues doit être axée sur la détection précoce des défaillances d'organes et l'orientation rapide des patients vers l'unité de soins intensifs. La formation des médecins en soins intensifs devrait inclure le diagnostic, le pronostic et la prise en charge des complications spécifiques directement ou indirectement liées au cancer sous-jacent.

Recommandations

- Une collaboration étroite entre les onco-hématologues et l'équipe de soins intensifs, notamment à travers des réunions quotidiennes et la mise en place de protocoles est recommandée (Grade C, forte recommandation)
- Il est proposé d'encourager les universités à organiser des formations théoriques et pratiques ainsi que des cours de formation continue pour permettre à chacune des disciplines d'acquérir des connaissances suffisantes concernant la prise en charge des patients atteints de cancer (Avis d'expert, forte recommandation)
- Le jury propose également de mettre en place des études évaluant la relation entre la qualité de la communication entre les équipes et les résultats

Nursing

Aucune étude spécifique dans la littérature revue.

Notons que dans notre école, un cours spécifique sur les soins intensifs oncologiques existe depuis la création de la section SIAMU en 1998.