

Cancer bronchique et séjour en soins intensifs: comment les vivre?

Cas clinique #1

Cas clinique

- Patient de 78 ans
- Marié, trois enfants dont un médecin
- Vivant à domicile
- Professeur
- Tabac 80 paquets/année, arrêté < 20 ans
- Alcoolisme: néant

- Mère décédée d'un cancer sein

Antécédents

- Néoplasie corde vocale < 20 ans → RT exclusive
- Néoplasie prostate < 10 ans: prostatectomie puis hormonothérapie pour récurrence

Affection néoplasique

- Epithélioma épidermoïde bronchique traité par lobectomie inférieure droite < 1 an (pT2N0M0)
- Progression hépatique 3 mois après la chirurgie
 - Cisplatine-vinorelbine x6 → progression
 - Docétaxel

Admission soins intensifs

- Hospitalisé pour neutropénie fébrile sur foyer pulmonaire depuis 1 semaine
 - Moxifloxacine puis Céfépime
- Dégradation respiratoire avec polypnée, tirage, hypoxémie sous suppléments O₂ par voie nasale
- Rx thorax: infiltrats pulmonaires bilatéraux

Evolution (1)

- Bilan cardiaque normal
- Vu hypoxémie persistante, décision d'appliquer une ventilation non invasive
- En accord avec la famille (épouse et enfants): si échec VNI, pas d'intubation endotrachéale

Vécu du patient

- Situation difficile pour le patient:
 - Difficultés respiratoires malgré VNI qu'il a difficile à supporter
 - Famille (enfants) éloignés (Luxembourg et à l'étranger) → soutien régulier par téléphone
 - Se rend compte de la gravité de la situation et doit en partie "aider sa femme à supporter" la situation

Dans la situation d'urgence, quel est le ressenti des différents intervenants dans le contexte d'un CBNPC de stade IV, évolutif, pour lequel un plan thérapeutique est en cours et qui est admis aux soins intensifs pour une complication réversible de son traitement anticancéreux ?

- Pour le médecin des soins intensifs
- Pour les infirmiers
- Pour le proche
- Pour le psychologue/psychiatre

Vécu de l'épouse

- Situation difficile pour l'épouse du patient:
 - Domicile éloigné
 - Famille (enfants) éloignés (Luxembourg et à l'étranger) → soutien régulier par téléphone
 - Proposition de soutien psychologique refusé
 - Déni de la situation grave de son mari
 - Ne supporte pas la séparation d'avec son mari (difficultés pour respecter les heures de visite)

L'épouse accepte le suivi psychologique

- "En attente des informations médicales face à la situation médicale de son mari.
- Elle rapporte une grande tristesse et de l'inquiétude quant au futur.
- Elle me rapporte être fort croyante et la religion catholique être son plus grand soutien.
- Elle me rapporte ne pas être pour l'acharnement thérapeutique même si elle espère que la situation médicale de son mari s'améliore et qu'il soit là encore le plus longtemps possible.
- Elle a peu de soutien autour d'elle, exprime un grand besoin de verbaliser ce qui lui fait du bien.
- Anxiété exprimée d'un étouffement du mari (Mme a failli se noyer lorsqu'elle était jeune)."

Evolution (2)

- Pneumonie hypoxémiante bilatérale ayant entraîné un ARDS, d'évolution défavorable dans un contexte de cancer bronchique évolutif.
- Décision de soins de confort en accord avec le patient et la famille.

Soutien psychologique de l'épouse

- "Elle exprime une tristesse contenue face à la dégradation physique.
- Elle vit au jour le jour et préfère ne pas se projeter dans les jours prochains.
- Elle réalise un bilan de sa vie de couple, de sa vie familiale.
- Elle fait part du peu de soutien qu'elle a actuellement en Belgique de par l'éloignement géographique
- Elle rapporte un bon contact avec le personnel infirmier."

Evolution finale

- Arrêt des techniques de réanimation.
- Transfert en salle banalisée permettant à la famille d'accompagner le patient jusqu'au décès.

Quel est le ressenti des différents intervenants par rapport à l'évolution finale du patient ?

Le médecin des soins intensifs

Les infirmiers

Le proche

Faut-il un soutien psychologique de la famille et par qui devrait-il être assuré ?

Cas clinique #2

Cas clinique

- Patient de 63 ans
- Divorcé, quatre enfants
- Vivant à domicile avec sa compagne
- Comptable
- Tabac 30 cigarettes/jour depuis 46 ans
- Alcoolisme: néant

- Fille décédée d'un cancer sein et 2^{de} épouse morte d'un cancer utérus
- Père et frère médecins

Antécédents

- Hyperthyroïdie traitée médicalement et contrôlée
- Chirurgie pour syndactylie
- BPCO Gold II
- Aucun antécédent psychiatrique/psychologique connu

Affection néoplasique

- Adénocarcinome bronchique traité par pneumectomie droite < 3 semaines (pT2N1M0)

Admission soins intensifs

- Dyspnée sévère en aggravation progressive depuis 1 semaine
- Mise en évidence
 - d'une embolie pulmonaire segmentaire
 - d'une collection liquidienne sous tension dans la cavité de pneumectomie avec déplacement médiastinal

Evolution

- Détresse respiratoire nécessitant
 - Ponction de la cavité de pneumectomie
 - Ventilation non invasive
 - Anticoagulation intraveineuse
- Dyspnée sévère durant plusieurs jours requérant des ponctions itératives et sevrage progressif de la ventilation non invasive

Vécu du patient

- Anxiété majeure
- Agitation les premiers jours
- Impression de ne pas voir d'évolution

Vécu du patient: verbalisation auprès du psychologue

- "Le patient se dit très émotif, pleure à plusieurs reprises au cours de l'entretien, autant lors d'émotions positives que négatives.
- Le côté intrusif et infantilisant des soins, le manque de chaleur humaine de certains contacts hospitaliers sont des aspects très difficiles à vivre.
- Il présente également des douleurs, pas toujours entendues et reconnues selon lui.
- Il déclare avoir du mal à gérer la situation (perte de contrôle).
- Le patient se dit bien entouré par sa compagne et ses 4 filles.
- Le patient ne voit pas l'utilité d'un suivi psychologique"

Evolution

- Amélioration progressive de la dyspnée.
- Sevrage de la ventilation non invasive.
- Transfert en salle banalisée puis en centre de convalescence
- Suivi ultérieur montre
 - une récupération fonctionnelle pulmonaire adéquate pour une vie normale

Evolution psychologique

- Instable sur le plan émotionnel
 - Pleure en voyant arriver son médecin oncologue habituel
 - Parfois certaine agressivité: reproche persistance symptômes post pneumectomie
 - Alternance tristesse et euphorie
 - Ne se sent pas pris en charge par rapport à ses plaintes malgré suivi rapproché et propositions thérapeutiques → s'est tourné vers médecines parallèles
 - Refus de prise en charge psychologique
- Ne parle **JAMAIS** de son séjour à l'USI

Faut-il faire une consultation post-réanimation ?

Faut-il un suivi psychologique ?



Trial OH