

Année : 2021

MS 1382021

Mémoire de fin d'études

Pour L'obtention du Diplôme National

de Spécialité Médicale en **ANESTHESIE REANIMATION**

**PROFIL ET DEVENIR DES PATIENTS CANCEREUX
ADMIS EN REANIMATION ONCOLOGIQUE :
Analyse des facteurs prédictifs de mortalité**

Elaboré par :

Dr. Manal Arfaoui

Sous la direction du

Professeur Abdel-Ilah GHANNAM

Session Octobre 2021

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION.....	4
MATERIEL ET METHODE.....	6
1. Type de l'étude	7
2. Population étudiée.....	7
3. Critères d'inclusion et d'exclusion	7
4. Procédure de recueil des données	8
5. Analyse Statistique	10
RESULTATS	11
1. Etude descriptive.....	12
2. Etude analytique.....	19
DISCUSSION.....	24
CONCLUSION.....	29
RESUMES.....	31
REFERENCES	35

INTRODUCTION

Bien que les moyens et les outils qui existent actuellement nous permettent de mieux prévenir et traiter le cancer, le nombre des nouveaux cas de cancer ne cesse d'augmenter chaque année. Le taux de mortalité par cancer au Maroc est estimé à 86,9 par 100 000 [1].

Les complications aiguës liées au cancer ou à son traitement sont souvent à l'origine d'une admission en réanimation. Des complications peuvent survenir lors de la manifestation initiale d'une tumeur maligne ou en raison de son évolution, et nécessitent des interventions thérapeutiques urgentes [2,3].

Une meilleure compréhension de ces complications et leur impact sur les résultats des patients est essentiel pour optimiser la planification des soins, l'utilisation des ressources en soins intensifs, et pour le conseil des proches et des patients [4]

Cependant, à notre connaissance, la littérature existante est rare et généralement limitée à des sous-groupes spécifiques de patients et complications [5,6].

Dans cette étude, nous avons évalué les caractéristiques cliniques et les résultats chez les patients admis en réanimation avec des complications médicales liées au cancer ou à son traitement, tout en excluant les patients admis en post-chirurgie oncologique.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective, des cas patients admis en réanimation oncologique entre le 01 Juillet 2018 et le 31 Décembre 2019.

2. Population étudiée

Patients suivis pour cancer à l'Institut National d'Oncologie et pris en charge au service de réanimation dehors de toute considération périopératoire (Patients « Médicaux »).

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

- Tous les patients ayant un cancer et admis pour un motif médical et en dehors de toute période périopératoire

Critères de d'exclusion :

- Patients opérés et présentant une complication chirurgicale ou médicale dans un délai de 90 jours après l'intervention
- Patients non opérés admis en réanimation dans un délai de 28 jours

4. Procédure de recueil des données

Déroulement du travail

Les dossiers de patient à colliger étaient identifiés sur les bases de données du service de Réanimation de l'Institut National d'Oncologie (INO).

Tous les dossiers de patients présentant une mention « médical » dans le registre des admissions du service de réanimation étaient listés et ont fait l'objet d'une étude du dossier médical de réanimation et/ou du dossier médicale commun INO (version papier) et/ou du dossier médicale informatisé INO.

Les données recueillies étaient :

- Démographique : âge, sexe, antécédents médicaux, chirurgicaux, médicamenteux, le tabagisme et l'éthylisme
- Oncologique : le site de la tumeur primitive, la chimiothérapie, la radiothérapie, l'existence de métastase, le statut oncologique
- Score : le Grade nutritionnel, le score OMS, le score de Charlson, le score IGS2, le score SOFA à l'admission pour les cas de sepsis
- Motif d'admission principal : le motif d'admission selon le système concerné (Cardiovasculaire, respiratoire, sepsis, neurologique, métabolique)
- La prise en charge en réanimation : Mise en place de voie veineuse centrale, de cathéter artériel, de drain thoracique, d'épuration extra rénale, de transfusion, de ventilation mécanique, de ventilation non invasive, de recours aux drogues vaso actives
- L'existence d'une infection, son type et les traitements mis en place
- L'évolution finale, en cas de décès : la cause de décès et le jour de décès, la durée d'hospitalisation en réanimation

Le Critère de jugement principal était la mortalité à 28 jours.

5. Analyse Statistique

Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne +/- écart type ou en médiane [quartiles] selon leur distribution normale ou asymétrique. Les données qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentage.

Après une étude descriptive des données, les facteurs de risque de la mortalité ont été évalués par une analyse univariée incluant les variables suivantes : le sexe, l'âge, le score IGS 2, la dénutrition, le score de charlson, le statut oncologique, l'existence de métastase, les traitements spécifiques, le motif d'admission, la ventilation mécanique, le recours aux drogues vasoactives et l'infection

L'analyse univariée a été réalisé par un test Chi-square (ou test exact de Fisher si l'effectif théorique d'une variable est inférieur à 5) pour les données qualitatives et par test U de Mann Whitney pour les données quantitatives.

L'analyse multivariée sera réalisée par une régression multi-variables. Toutes les variables avec un $p < 0,1$ en analyse univariée ont été incluses dans le modèle. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée significative. L'analyse statistique sera réalisée par le logiciel SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows).

RÉSULTATS

1. Etude descriptive

Durant la période l'étude, 204 patients ont été admis pour motif médical (figure 1).

Les patients étaient majoritairement de sexe féminin et sans antécédents pathologiques en dehors de leur pathologie cancéreuse. Quinze patients ont fait l'objet d'au moins deux admissions durant la phase de l'étude (sans restriction de temps). Les motifs d'admission étaient par ordre décroissant de fréquence de cause : respiratoire, neutropénie fébrile grave, neurologique, septique (hors neutropénie fébrile) métabolique et cardiaque.

Les données épidémiologiques, démographiques et cliniques sont présentées dans le tableau 1.

Les cancers du poumon (motif respiratoire) et les cancers du sein (neutropénie fébrile) étaient les plus représentés. Les patients étaient quasiment tous sous chimiothérapie et en stratégie palliative spécifique.

Les données oncologiques sont présentées dans le tableau 2.

La mortalité en réanimation était de 42,6 %.

Les données de prise en charge thérapeutique et infectieuse en réanimation sont présentées dans les tableaux 3 et 4.

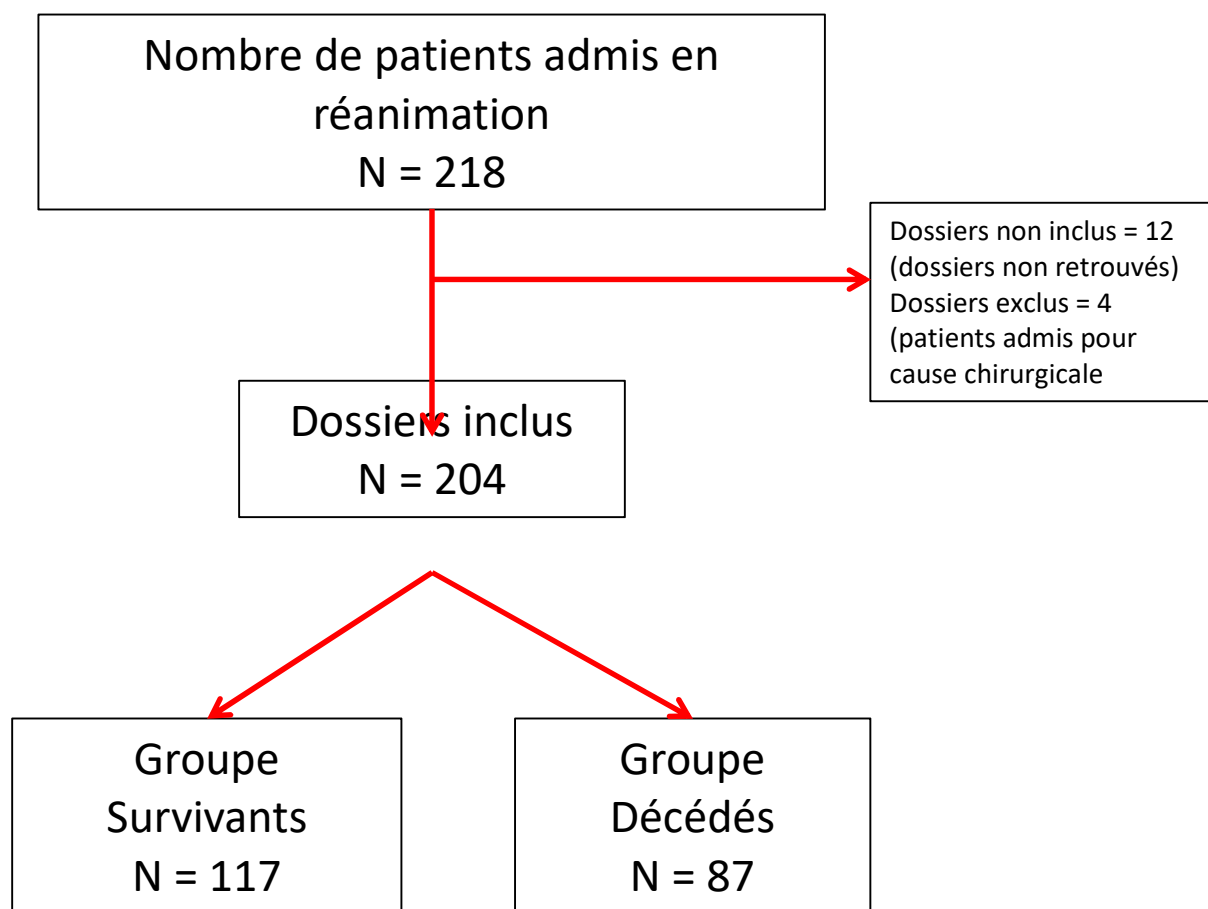


Figure 1 : Flowchart de l'étude

Tableau 1 : Données cliniques préopératoires

Variables	Valeur (n = 204)
Age (en années)*	50,42
Genre	
Féminin	119(58,3)
Masculin	85 (41,7)
Antécédents	
Tabagisme	12 (5,9)
Alcool	0 (0)
Diabète	33 (16,2)
Insuffisance rénale aiguë	10 (4,9)
Insuffisance rénale chronique	0 (0)
Ischémie	9(4,4)
HTA	4 (3,9)
Motif	
Cardiaque	13 (6,4)
Métabolique	15 (7,4)
Neurologique	31 (15,2)
Neutropénie fébrile	58 (28,4)
Respiratoire	61 (29,9)
Sepsis	26 (12,7)
Dénutrition	51 (25,0)
Score OMS	
0	29 (14,2)

1	32 (15,7)
2	53 (26,0)
3	41 (20,1)
4	17 (8,3)
Charlson	
0	1 (0,5)
1	2 (1,0)
2	50 (24,5)
3	7 (3,4)
4	12 (5,9)
5	28 (13,7)
6	19 (9,3)
7	8 (3,9)
8	17 (8,3)
9	5 (2,5)
Réadmission	15 (7,4)
Mortalité en réanimation	87 (42,6)

Résultats exprimés en « Effectif (%) », sauf ** : « Médiane [Quartiles] »

Tableau 2 : Données oncologiques

Variables	Valeur (n = 204)
Primitif	
Cavum	11 (5,4)
Cerveau	5 (2,5)
Cœur	2 (1,0)
Col utérin	12 (5,9)
Colo-rectal	10 (4,9)
Estomac	15 (7,4)
Foie	2 (1,0)
Lymphome	19 (9,3)
Œsophage	4 (2,0)
Orbite	3 (1,5)
Os	6 (3,0)
Ovaire	12 (5,9)
Pancréas	5 (2,5)
Poumon	23 (11,3)
Prostate	8 (3,9)
Sein	44 (21,6)
Testicules	5 (2,5)
Thyroïde	2 (1,0)
Utérus	3 (1,5)
Vessie	8 (3,9)

Métastases

Traitement

Chimiothérapie	176 (86,3)
Radiothérapie	94 (46,1)

Statut

Curatif	26 (12,7)
Palliatif spécifique (traitement anti cancéreux)	159 (77,9)
Palliatif symptomatique	19 (9,3)

Résultats exprimés en « Effectif (%) », sauf ** : « Médiane [Quartiles] »

Tableau 3 : Mis en condition et thérapeutiques en réanimation

Variables	Valeur (n = 204)
Voie veineuse centrale	104 (51,0)
Cathéter artériel	29 (14,2)
Drain thoracique	19 (9,3)
Drogues vaso actives	79 (38,7)
Ventilation mécanique	58 (28,4)
Ventilation non invasive	27 (13,2)
Epuration extra rénale	2 (1,0)
Transfusion	65 (31,9)

Résultats exprimés en « Effectif (%) », sauf ** : « Médiane [Quartiles] »

Tableau 4 : Données d'infectiologie

Variables	Valeur (n = 204)
Infection	
Communautaire	75 (36,8)
Nosocomial	41 (20,1)
Antibiotique	117 (57,4)
Site infectieux	
Cutané	1 (0,5)
Iso	56 (27,5)
Pulmonaire	21 (10,3)
Sang	17 (8,3)
Tissu	11 (5,4)
Urinaire	11 (5,4)
<hr/> Résultats exprimés en « Effectif (%) », sauf ** : « Médiane [Quartiles] »	

2. Etude analytique

Selon le protocole de l'étude décrit plus haut, nous avons conduit une étude analytique des facteurs de risque de mortalité des patients inclus dans ce travail en prenant comme critère de jugement la mortalité en réanimation à 28 jours.

Après ajustement sur l'IGS 2, le statut oncologie, le statut d'état de choc, la ventilation mécanique, il ressort que l'atteinte respiratoire (OR : 6,4 ; IC95 : 1,14-36,0 ; $p = 0,035$) et la dénutrition (OR : 3,36 ; IC95 : 1,77- 8,30 ; $p < 0,001$) sont des facteurs prédictifs indépendant de mortalité en réanimation pour les patients cancéreux de l'INO.

Les données de l'étude comparative et des études uni variées et multi variables sont respectivement présentées dans les tableaux 5 et 6

Tableau 5 : comparaison Survivants et Décédés (n = 103)

Caractéristiques	Survivants (n = 117)	Décédés (n = 87)	
Age **	56 [46 ; 63]	58,5 [49,25 ; 63]	0,50
Genre			
Féminin	68 (57,1)	51 (42,9)	0,94
Masculin	49 (57,6)	36 (42,4)	
Diabète			
Non	100 (58,5)	71 (41,5)	0,46
Oui	17 (51,5)	16 (48,5)	
Insuffisance respiratoire aigue			
Non	115 (59,3)	79 (40,7)	0,008
Oui	2 (20,0)	8 (80,0)	
Cardiopathie			
Non	112 (55,6)	83 (42,6)	0,91
Oui	5 (55,6)	4 (44,4)	
Chimiothérapie			
Non	18 (64,3)	10 (35,7)	0,43
Oui	99 (56,2)	77 (43,8)	
Radiothérapie			
Non	61 (55,5)	49 (44,5)	0,55
Oui	56 (59,6)	38 (40,4)	
Score OMS			

≤ 2	68 (59,6)	46 (40,4)	0,44
>2	31 (53,4)	27 (46,6)	
Statut nutritionnel			
Non dénutri	99 (64,7)	54 (35,3)	<
Dénutri	18 (35,3)	33 (64,7)	0,001
Statut oncologique			
Curatif	18 (59,2)	7 (28,0)	0,008
Palliatif spécifique	83 (52,2)	77 (48,1)	
Palliatif symptomatique	16 (84,2)	3 (15,8)	
Métastases			
Non	41 (64,1)	23 (35,9)	0,14
Oui	76 (54,3)	64 (45,7)	

Résultats exprimés en « Effectif (%) », sauf ** : « Médiane [Quartiles] »

Tableau 5 (suite) : comparaison Survivants et Décédés (n = 103)

Caractéristiques	Survivants (n = 117)	Décédés (n = 87)	
Motif d'admission en réanimation			
Cardiaque	7 (53,8)	6 (46,2)	0,32
Métabolique	9 (56,3)	7 (43,7)	
Respiratoire	35 (54,7)	29 (46,3)	
Neurologique	14 (45,2)	17 (54,8)	
Sepsis	52 (65,0)	28 (35,0)	
Etat de choc			
Non	86 (68,8)	39 (31,2)	<
Oui	31 (39,2)	48 (60,8)	0,001
Ventilation Mécanique			
Non	98 (67,1)	48 (32,9)	<
Oui	19 (32,8)	39 (67,2)	0,001
Epuration extra rénale			
Non	116 (57,4)	86 (42,6)	0,83
Oui	1 (50,0)	1 (50,0)	
Transfusion			
Non	80 (57,6)	59 (42,4)	0,93
Oui	37 (56,9)	28 (43,1)	
Résultats exprimés en « Effectif (%) », sauf ** : « Médiane [Quartiles] »			

Tableau 6 : Analyse univariée et multivariable par régression logistique binaire

Variables	Analyse univariée			Analyse multivariable		
	OR	IC95	p	OR	IC95	p
Atteinte respiratoire	5,82	1,20-28,15	0,028	6,40	1,14-36,0	0,035
Statut Curatif	1	-	-	1	-	-
Statut Palliatif spé	2,06	0,85-5,01	0,11	1,74	0,59-5,06	0,31
Statut Palliatif symp	0,42	0,09-0,87	0,26	0,60	0,11-3,36	0,56
Dénutrition	3,36	1,73-6,52	<0,001	3,84	1,77-8,30	0,001
IGS 2	1,04	1,02-1,06	<0,001	1,02	0,99-1,05	0,087
Etat de choc	3,42	1,89-6,15	<0,001	1,78	0,79-4,04	0,17
Ventilation mécanique	4,00	2,09-7,65	<0,001	2,32	0,93-5,80	0,071

OR : Odds Ratio, IC95 : Intervalle de confiance à 95 %,

DISCUSSION

Dans cette étude rétrospective examinant le taux de mortalité en réanimation oncologique, le nombre de patient admis est de 204 par rapport à 762 admissions en vue des années 2018/2019, les patients exclus étaient admis soit pour un motif chirurgical soit pour une complication médicale dans les 90 jours qui suivent la chirurgie.

On note une diminution du nombre des patients médicaux dans l'année 2019 par rapport à l'année 2018, et cela est en rapport à la baisse du nombre de neutropénie admises en réanimation.

Le profil dominant des patients est le palliatif spécifique avec un taux de 77,9%, le nombre de patient ayant des métastases est de 140 et la majorité de ces patients ont soit reçus soit en cours de traitement par chimiothérapie.

Le score OMS, est une échelle de performance qui permet d'évaluer l'état de santé général et les activités quotidiennes des patients, dans notre étude 55,9% des patients ont un score OMS ≤ 2 .

Les motifs d'hospitalisation sont très variables, les plus fréquent sont les neutropénies fébriles, les détresses respiratoires et en suite les sepsis.

Tous les profils confondus reçoivent une réanimation complète et en aucun cas ils étaient sujet de limitation et arrêt de traitement. Plusieurs moyens de réanimation sont proposés, support ventilatoire que ça soit en ventilation non invasive ou en intubation orotrachéale, épuration extrarénale... pour les patients en état de choc une prise en charge adéquate avec introduction des amines, prise de voies veineuses centrales et monitoring invasif de la tension artérielle (cathéter artériel).

Le score de Charlson est un index pondéré de comorbidité construit pour prédire la mortalité à un an [7] On remarque que presque 38% des patient ont un score Charlson ≥ 5 ce qui leur prédit une mortalité de 85% à un an. Toutefois

beaucoup d'études ont retenu l'indice de Charlson comme un facteur indépendant associé à la mortalité en réanimation hospitalière dans une population mixte (réanimation médicale et chirurgicale) [8]. Cet indice a également été signalé comme un facteur pronostique important pour la survie à long terme après la sortie de réanimation [9].

Le taux de mortalité en réanimation est de 42,6%. D'après notre étude on a pu déterminer les facteurs prédictifs de mortalité, par exemple les patients avec un statut oncologique palliatif spécifique décèdent plus que ceux avec un statut curatif ou palliatif symptomatique, et à l'opposé de ce qu'on attendait l'étude a montré un taux de survie important chez les patients ayant le sepsis comme motif d'hospitalisation.

La dénutrition a des multiples conséquences aggravant le pronostic fonctionnel et le pronostic vital du sujet hospitalisé en réanimation ce qui se traduit par un allongement du séjour hospitalier La dénutrition s'accompagne d'une diminution de la masse maigre (ou masse non grasse), notamment de la masse dite « cellulaire active », de la masse musculaire, et d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physiologiques notamment musculaire, immunitaire, de cicatrisation et de la vie de relation ou psychique. Le décès intervient lorsque la perte protéique atteint environ 50 % de la masse protéique normale. [10,11]. La perte de poids est un symptôme courant chez les patients atteints de maladies oncologiques, en raison de la tumeur elle-même, de la réaction physiologique à la tumeur et des complications du traitement, qui peuvent toutes favoriser la malnutrition. La maladie oncologique a également été identifiée comme un facteur de risque indépendant de malnutrition dans d'autres études, et par notre étude on a pu démontrer qu'elle est un facteur prédictif de mortalité en réanimation.

La mise en route d'une ventilation mécanique est reconnue comme un événement qui aggrave considérablement la mortalité, d'autant plus chez la personne âgée [12,13]. Dans notre étude, le recours à la ventilation mécanique est un facteur indépendant de mortalité.

Malgré un taux de mortalité élevé, l'issue de ces patients est meilleure que perçu, ce qui souligne l'importance de discuter la persistance de l'admission en réanimation de ce groupe spécifique de patients.

Dans l'étude de Pascal Kingah et Nasser Alzubaidi (2018) la mortalité en soins intensifs est de 21,8% [14]. Des résultats similaires ont été rapportés récemment études d'Europe et d'Amérique du Sud [15]. Dans une étude prospective au Brésil, Soares et al. (2010) ont signalé une mortalité en soins intensifs de 21 %, par rapport à notre étude qui montre un taux de mortalité à 42,6%, mais leur groupe d'étude ne comprenait que les patients avec tumeur maligne solide ce qui fait une différence essentielle avec notre étude.

Mendoza et al. (2008) ont rapporté que la présence d'une maladie métastatique et l'utilisation d'agents vasopresseurs étaient des prédicteurs d'un mauvais résultat [16] ce qui converge avec nos résultats.

Puxtry et al. (2014) ont rapporté que les états fonctionnels altérés, la ventilation mécanique invasive et en plus des mauvais scores physiologiques, ont été associés de mauvais pronostic [17]. L'étude de Pascal et Nasser porte également sur la valeur de la gravité de la maladie et les scores de défaillance d'organes pour prédire les résultats pour le patient. Aucun de ces scores avec précision ne prédit l'issue des patients. Plusieurs études ont évalué un ou plusieurs de ces scores avec des résultats variables [18,19]. Notre étude est en accord avec l'impression générale qu'aucun système de score n'est meilleur pour

prédire un résultat. Torres et Vassallo (2016), ont aussi démontré que la ventilation mécanique est un prédicteur indépendant de mortalité [20].

Notre étude présente plusieurs limites, d'abord c'est une étude rétrospective monocentrique, aussi il est difficile de comparer la mortalité de différentes études en raison des variations dans la composition des cas, nous avons rencontré un manque d'information sur le devenir des patients en intra-hospitalier et après sortie à domicile (perte de dossiers, dossiers incomplets, perte de contact avec certains patients...), il est important aussi de se pencher sur la question du coût et sur l'impact du côté psychologique des patients palliatifs sur la mortalité dans les études à venir.

CONCLUSION

En conclusion, les complications aiguës liées au cancer sont des motifs fréquents d'admission en réanimation chez les patients palliatifs. Plusieurs facteurs prédictifs de mortalité ont été démontrés par notre étude, notamment la dénutrition et le recours à la ventilation mécanique. L'impact pronostique étant variable, la présence de telles complications en soi ne devrait pas guider les décisions d'admission en réanimation ni les limitations et l'arrêt de traitement.

RESUMES

RESUME

Titre : PROFIL ET DEVENIR DES PATIENTS CANCEREUX ADMIS EN REANIMATION ONCOLOGIQUE : Analyse des facteurs prédictifs de mortalité

Auteurs : Dr Arfaoui Manal

Derigé par Pr Abdillah Ghannam

Les mots clés : Mortalité, facteurs prédictifs, cancer, réanimation oncologique.

Introduction :

Les complications aiguës liées au cancer ou à son traitement sont souvent à l'origine d'une admission en réanimation. Une meilleure compréhension de ces complications et leur impact sur les résultats des patients est essentiel pour optimiser la planification des soins, l'utilisation des ressources en soins intensifs, et pour le conseil des proches et des patients.

Objectif :

L'objectif de notre travail est de déterminer le profil et le devenir des patients cancéreux admis en réanimation oncologique, en analysant les facteurs prédictifs de mortalité chez ce groupe spécifiques de patients.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective, des cas patients admis en réanimation oncologique entre le 01 Juillet 2018 et le 31 Décembre 2019. Ce sont des patients suivis pour cancer à l'Institut National d'Oncologie et pris en charge au service de réanimation dehors de toute considération périopératoire (Patients « Médicaux »), avec recueil des données (démographique, motif d'hospitalisation, profil oncologique, existence d'une infection ou non, prise en charge en réanimation, durée de séjour en réanimation, évolution final, décès a 28 jours).

Résultats :

Au total 204 patients ont été admis pour motif médical. Les patients étaient majoritairement de sexe féminin et sans antécédents pathologiques en dehors de leur pathologie cancéreuse. Quinze patients ont fait l'objet d'au moins deux admission durant la phase de l'étude. Les motifs d'admission étaient par ordre décroissant de fréquence de cause : respiratoire, neutropénie fébrile grave, neurologique, septique (hors neutropénie fébrile) métabolique et cardiaque. Les cancers du poumon (motif respiratoire) et les cancers du sein (neutropénie fébrile) étaient les plus représentés. Les patients étaient quasiment tous sous chimiothérapie et en stratégie palliative spécifique. La mortalité en réanimation était de 42,6 %.

ABSTRACT

Title: PROFILE AND OUTCOME OF CANCER PATIENTS ADMITTED TO ONCOLOGICAL RESUSCITATION: Analysis of predictive factors of mortality

Author: Dr Manal Arfaoui

Directed by Pr Abdelilah Ghannam.

Keywords: Mortality, predictive factors, cancer, oncological intensive care.

Introduction:

Acute complications related to cancer or its treatment are often the cause of admission to intensive care. A better understanding of these complications and their impact on patient outcomes is essential for optimizing care planning, the use of critical care resources, and for counseling relatives and patients.

Goal:

The objective of our work is to determine the profile and outcome of cancer patients admitted to oncological intensive care, by analyzing the predictive factors of mortality of this specific group of patients.

Material and method:

This is a retrospective cohort study of patient cases admitted to oncological intensive care between July 01, 2018 and December 31, 2019. These are patients followed for cancer at the National Institute of Oncology and treated at intensive care unit without any perioperative consideration ("Medical" patients), with collection of data (demographic, reason for hospitalization, oncological profile, existence of an infection or not, support in intensive care unit, term of stay in intensive care, final evolution, death at 28 days).

Results:

A total of 204 patients were admitted for medical reasons. The patients were predominantly female and had no pathological history due to their cancerous pathology. Fifteen patients had at least two admissions during the study phase. The reasons for admission were in decreasing order of frequency of cause: respiratory, severe febrile neutropenia, neurological, septic (excluding febrile neutropenia), metabolic and cardiac. Lung cancers (respiratory pattern) and breast cancers (febrile neutropenia) were the most represented. Almost all of the patients were on chemotherapy and a specific palliative strategy. Mortality in intensive care was 42.6%.

المخلص

ملخص : لمحة عن ومستقبل مرضى السرطان المعتمدين على الإنعاش الأورام
تحليل العوامل التنبؤية للوفيات
المؤلفون: د / العرفاوي منال
من إعداد أ.د. عبد الإله غنام
الكلمات المفتاحية: الوفيات ، العوامل التنبؤية ، السرطان ، إنعاش الأورام

المقدمة

غالبًا ما تكون المضاعفات الحادة المتعلقة بالسرطان أو علاجه هي سبب الدخول إلى العناية
المركزة. يعد الفهم الأفضل لهذه المضاعفات وتأثيرها على نتائج المرضى أمرًا ضروريًا لتحسين
تخطيط الرعاية واستخدام موارد الرعاية الحرجة وتقديم المشورة للأقارب والمرضى

الهدف

الهدف من عملنا هو تحديد نوع ومصير مرضى السرطان الذين يتم إدخالهم إلى العناية المركزة للأورام
، من خلال تحليل العوامل و مؤشرات الوفيات في هذه المجموعة المحددة من المرضى

المواد والأساليب

هذه دراسة جماعية بأثر رجعي لحالات المرضى الذين تم قبولهم في العناية المركزة للأورام بين 1
يوليو 2018 و 31 ديسمبر 2019. هؤلاء مرضى تمت متابعتهم من أجل السرطان في المعهد الوطني
للتكنولوجيا وتم علاجهم في وحدة العناية المركزة دون أي اعتبارات تتعلق بالجراحة(مرضى
بمضاعفات طبية) ، مع جمع البيانات (الديموغرافية ، سبب الاستشفاء ، الملف الشخصي للأورام ،
وجود تعفن أم لا ،العلاج بالعناية المركزة ، مدة الإقامة في العناية المركزة ، التطور النهائي ، الوفاة
عند 28 يومًا)

النتائج

تم قبول ما مجموعه 204 مريضا لأسباب طبية. المرضى في الغالب من الإناث وليس لديهم تاريخ
مرضى بسبب أمراضهم السرطانية. خمسة عشر مريضا حصلوا على قبولين على الأقل خلال مرحلة
الدراسة. كانت أسباب القبول في الترتيب التنازلي: التنفسية، قلة العدلات الحموية الشديدة ، العصبية ،
التعفن (باستثناء قلة العدلات الحموية) ، الأيضي والقلب. كانت سرطانات الرئة (نمط الجهاز التنفسي)
وسرطان الثدي (قلة العدلات الحموية) الأكثر تمثيلاً. كان جميع المرضى تقريباً يتلقون العلاج الكيميائي
واستراتيجية محددة لتخفيف الألم. وبلغت نسبة الوفيات في العناية المركزة 42.6%.

RÉFÉRENCES

- [1] Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2020-2029.
- [2] Khan UA, Shanholtz CB, McCurdy MT. Oncologic mechanical emergencies. *Emerg Med Clin North Am.* 2014; 32(3):495±508. doi: 10.1016/j.emc.2014.04.001 PMID: 25060246.
- [3] McCurdy MT, Shanholtz CB. Oncologic emergencies. *Crit Care Med.* 2012; 40(7):2212±22. doi: 10.1097/CCM.0b013e31824e1865 PMID: 22584756.
- [4] Soares M, Salluh JJ, Sullah JJ. Advanced supportive care for patients with cancer in Latin America. *Lancet Oncol.* 2013; 14(9):e337. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70269-9 PMID: 23896268.
- [5] Azoulay E, Fieux F, Moreau D, Thiery G, Rousselot P, Parrot A, et al. Acute monocytic leukemia presenting as acute respiratory failure. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003; 167(10):1329±33. doi: 10.1164/rccm.200206-554OC PMID: 12574074.
- [6] Shen HN, Cheng KC, Hou CC, Tan CK, Huang WT. Clinical features and short-term outcome of critically ill patients with head and neck cancer in the medical intensive care unit. *Am J Clin Oncol.* 2009; 32(5):467±71. doi: 10.1097/COC.0b013e3181931236 PMID: 19487914.
- [7] Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5):373-83.
- [8] Poses RM, Clish Mc, Smith WR. Prediction of survival of critically ill patients by admission comorbidities. *J Clin Epidemiol* 1996, 49:743-747.
- [9] Chan LY, Moran JL, Clarke C, Martin J, Solomon PJ Mortality and cost outcomes of elderly trauma patients admitted to intensive care and the general

wards of an Australian tertiary referral hospital. *Anaesth Intensive Care* 2009, 37:7737

[10] Bion JF, Heffner JE. Challenges in the care of the acutely. *The Lancet* 2004 ; 363 : 970-77.

[11] Cook et al. improving patients' safety locally: Changing clinical behavior. *The Lancet* 2004; 363 : 1224-30.

[12] Boumendil A, Somme D, Garrouste-Orgeas M, Guidet B.

Should elderly patients be admitted to the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2007;33(7):1252-1262.

[13] Nguyen Y-L, Angus DC, Boumendil A, Guidet B.

The challenge of admitting the very elderly to intensive care. *Ann Intensive Care.* 2011;1(1):29.

[14] Pascal Kingah, Nasser Alzubaidi, Jihane Zaza Dit Yafawi. Factors Associated with Mortality in Patients with a Solid Malignancy Admitted to the Intensive Care Unit - A Prospective Observational Study. *The Journal of Critical Care Medicine* 2018;4(4):137-142. DOI: 10.2478/jccm-2018-0019

[15] Soubani AO. Critical Care Prognosis and Outcomes in Patients with Cancer. *Clin Chest Med.* 2017;38(2):333-53.

[16] Mendoza V, Lee A, Marik PE. The hospital-survival and prognostic factors of patients with solid tumors admitted to an ICU. *Am J Hosp Palliat Care.* 2008;25(3):240-3.

[17] Puxty K, McLoone P, Quasim T, Kinsella J, Morrison D. Survival in solid cancer patients following intensive care unit admission. *Intensive Care Med.* 2014;40(10):1409-28.

[18] Namendys-Silva SA, Texcocano-Becerra J, Herrera-Gómez A. Application of the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score to patients with

cancer admitted to the intensive care unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009;26(5):341-6.

[19] Schellongowski P, Benesch M, Lang T, et al. Comparison of three severity scores for critically ill cancer patients. *Intensive Care Med*. 2004;30(3):430-6.

[20] Viviane B. L. Torres¹, Juliana Vassalo. Outcomes in Critically Ill Patients with Cancer-Related Complications. *PLOS ONE* | DOI:10.1371/journal.pone.0164537 October 20, 2016