

## **Admission en réanimation des patients d'onco-hématologie nécessitant l'initiation d'une chimiothérapie. Réévaluation du pronostic hospitalier.**

Michael Darmon, Dominique Benoit, Djamel Mokart, Frédéric Pène, Achille Kouatchet, Julien Mayaux, Rebecca Hamidfar, Mercé Jourdain, Virginie Lemiale, Elie Azoulay

### **Introduction**

Les patients avec défaillance viscérale sont exclus des études évaluant le rapport bénéfice risque des différents protocoles de chimiothérapie proposés chez le patient d'onco-hématologie. Les connaissances concernant le bénéfice d'une admission en réanimation pour suppléance viscérale alors que la chimiothérapie est nécessaire restent limitées. Seules deux études monocentriques de taille limitée sont disponibles à ce jour [1]. L'objectif de ce travail était d'évaluer le pronostic de ces patients au sein d'une étude de cohorte prospective multicentrique menée dans 17 services français et belges (TRIAL-OH) [2].

### **Patients et Méthodes**

Analyse ancillaire d'une cohorte prospective multicentrique réalisée de janvier 2010 à mai 2011. Les données concernant l'utilisation d'une chimiothérapie pendant le séjour en réanimation et le type d'hémopathie sous-jacente étaient recueillies spécifiquement. L'association entre nécessité de recevoir une chimiothérapie pendant le séjour en réanimation et devenir était analysée à l'aide d'un modèle de régression logistique. Les données sont rapportées en nombre (%) ou médiane (IQR).

### **Résultats**

Mille-onze patients (614H/398F) étaient inclus dans cette étude. Au total, 322 patients (31,8%) ont bénéficié d'une chimiothérapie pendant leur séjour en réanimation. Ces dernières étaient débutées dans les 5 jours suivant l'admission chez l'ensemble des patients et concernaient principalement des patients ayant une leucémie aiguë myéloblastique (125 patients ; 38,8%), un lymphome (114 patients ; 35,4%), un myélome (26 patients ; 8,4%) et une leucémie aiguë lymphoblastique (22 patients ; 6,8%). Les patients bénéficiant d'une cure de chimiothérapie étaient de sexe masculin pour 191 d'entre eux (59,3%), l'âge médian était de 60 ans (48-69) et la sévérité médiane à l'admission évaluée par le score SOFA de 5 (3-8). Trente-et-un patients (9,8%) étaient allogreffés et vingt-huit avaient bénéficié d'une autogreffe de moelle ou de cellules souches (8,9%). Le performans status était de 2 (1-2). L'hémopathie était inaugurale chez 127 patients (39,4%), évolutive chez 96 (29,8%), en rémission chez 31 (9,6%), en rémission partielle chez 12 (3,7%). L'évolutivité était inconnue pour 56 patients.

A l'admission, 173 patients (53,7%) avaient un sepsis dont 69 avec état de choc (21,4%). A l'admission, 76 patients nécessitaient la ventilation non invasive (23,9%), 73 la ventilation mécanique (22,7%), et 75 patients (23,3%) des amines vasopressives. Soixante et un patients (18,9%) ont présenté un syndrome de lyse et 115 (35,7%) ont nécessité une épuration extra-rénale.

La mortalité hospitalière était de 40,3% (n=130) et ne différait pas de celle des patients ne nécessitant pas de chimiothérapie (38,0% ; P=0,35). De même la durée de survie à moyen

termes ne différait pas entre ces deux groupes ( $P=0,45$ ) et le score SOFA à l'admission [5 (3-8) vs. 6 (3-8) ;  $P=0,11$ ], ou son évolution, étaient similaires entre ces deux groupes.

Après ajustement sur les facteurs confondants, l'état général évalué par le performans status (OR par point 1,41 ; IC95% 1,14-1,74%), la nécessité de recourir à la ventilation mécanique (OR 2,01 ; IC95% 1,15-3,51), et l'existence d'une insuffisance rénale aiguë (OR 2,32 ; IC95% 1,37-3,94) étaient associés à la mortalité.

Lorsque forcé dans le modèle, l'évolutivité de la maladie hématologique n'était pas significativement associée au pronostic hospitalier. On notait cependant une tendance à une mortalité moindre chez les patients ayant une hémopathie inaugurale (OR 0,57 ; IC95% 0,32-1,01 ;  $P=0,052$ ).

### **Conclusion**

Malgré les incertitudes concernant le bénéfice (épuration des molécules de chimiothérapie au cours de l'épuration extra-rénale) ou les risques (majoration de défaillance viscérale, immunodépression induite par la chimiothérapie), l'extension à des patients sélectionnés de réanimation des protocoles de chimiothérapie proposés en hématologie semble faisable et bien toléré. La mortalité hospitalière de ces patients, la sévérité au cours des premiers jours de réanimation, et le devenir à moyens termes est ainsi similaire à celui des patients d'onco-hématologie qui ne nécessitaient pas de chimiothérapie. Des études restent nécessaires afin d'évaluer le devenir hématologique (rémission, survie sans évènement) des patients ayant bénéficié de ces traitement pendant le séjour en réanimation.

1. Benoit D et al. Intensive care med 2006
2. Azoulay E, et al. J Clin Oncol 2013