HAL
open science

Prise en charge en salle de déchocage du Service d'accueil des urgences du CHU Pasteur 2 à Nice des patients adultes atteints d'un cancer sur l'année 2019

Alice Turbe-Bion

To cite this version:

Alice Turbe-Bion. Prise en charge en salle de déchocage du Service d'accueil des urgences du CHU Pasteur 2 à Nice des patients adultes atteints d'un cancer sur l'année 2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03117776

HAL Id: dumas-03117776

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03117776

Submitted on 21 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

Année 2020

PRISE EN CHARGE AU DECHOCAGE DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) PASTEUR 2 A NICE SUR L'ANNEE 2019

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME

D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Médecine d'Urgence (DESMU)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Nice

Le 26 octobre 2020

Par TURBE-BION Alice

Né le 24/02/1992 à ORLEANS (45)

Directeur de thèse : Docteur MIGNOT Axel

Membres du jury : Professeur LEVRAUT Jacques

Professeur DELLAMONICA Jean

Professeur GUIGAY Joël

FACULTE DE MEDECINE

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen **Pr. BAQUÉ Patrick**

Vice-doyens **Pédagogie Pr. ALUNNI Véronique**

Recherche Pr DELLAMONICA jean

Etudiants M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus **Pr. PAQUIS Philippe**

Conservateur de la bibliothèque Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. BAQUÉ Patrick Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)

M. BERNARDIN Gilles Réanimation Médicale (48.02)

Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence Cancérologie –Génétique (47.02)

M. BOILEAU Pascal Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

M. DARCOURT Jacques Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

M. DRICI Milou-Daniel Pharmacologie Clinique (48.03)

M. ESNAULT Vincent Néphrologie (52-03)

M. FUZIBET Jean-Gabriel Médecine Interne (53.01)

M. GILSON Éric Biologie Cellulaire (44.03)

M. GUGENHEIM Jean Chirurgie Digestive (52.02)

M. HASSEN KHODJA Reda Chirurgie Vasculaire (51.04)

M. HÉUTERNE Xavier Nutrition (44.04)

M. HOFMAN Paul Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)

Mme ICHAI Carole Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)

M. LACOUR Jean-Philippe Dermato-Vénéréologie (50.03)

M. LEFTHERIOTIS Georges Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)

M. MARQUETTE Charles-Hugo Pneumologie (51.01)

M. MARTY Pierre Parasitologie et Mycologie (45.02)

M. MICHIELS Jean-François Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)

M. MOUROUX Jérôme Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Mme PAQUIS Véronique Génétique (47.04)

M. PAQUIS Philippe Neurochirurgie (49.02)

M. PRADIER Christian Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)

M. QUATREHOMME Gérald Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)

M. RAUCOULES-AIME Marc Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)

M. ROBERT Philippe Psychiatrie d'adultes (49.03)

M. SCHNEIDER Stéphane Nutrition (44.04)

M. THYSS Antoine Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

M. TRAN Albert Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence Pédopsychiatrie (49.04)

M. BARRANGER Emmanuel Gynécologie Obstétrique (54.03)

M. BÉARD Etienne Pédiatrie (54.01)

M. BONGAIN André Gynécologie-Obstétrique (54.03)

Mme BREUIL Véronique Rhumatologie (50.01)

M. CASTILLO Laurent O.R.L. (55.01)

M. CHEVALLIER Patrick Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)

M. DE PERETTI Fernand Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)

M. FERRARI Émile Cardiologie (51.02)

M. FERRERO Jean-Marc Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

M. FONTAINE Denys Neurochirurgie (49.02)

M. GIBELIN Pierre Cardiologie (51.02)

M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

M. LEVRAUT Jacques Médecine d'urgence (48.05)

M. LONJON Michel Neurochirurgie (49.02)

M. MOUNIER Nicolas Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

M. PADOVANI Bernard Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)

M. PASSERON Thierry Dermato-Vénéréologie (50-03)

M. PICHE Thierry Gastro-entérologie (52.01)

Mme RAYNAUD Dominique Hématologie (47.01)

M. ROSENTHAL Éric Médecine Interne (53.01)

M. STACCINI Pascal Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)

M. THOMAS Pierre Neurologie (49.01)

M. TROJANI Christophe Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)

M. ANTY Rodolphe Gastro-entérologie (52.01)

M. BAHADORAN Philippe Cytologie et Histologie (42.02)

Mme BAILLIF Stéphanie Ophtalmologie (55.02)

Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)

M. BENIZRI Emmanuel Chirurgie Générale (53.02)

M. BENOIT Michel Psychiatrie (49.03)

M. BERTHET Jean-Philippe Chirurgie Thoracique (51-03)

M. BOZEC Alexandre ORL- Cancérologie (47.02)

M. BREAUD Jean Chirurgie Infantile (54-02)

Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. CHEVALIER Nicolas Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Mme CHINETTI Giulia Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)

M. CLUZEAU Thomas Hématologie (47.01)

M. DELLAMONICA Jean réanimation médicale (48.02)

M. DELOTTE Jérôme Gynécologie-obstétrique (54.03)

M FAVRE Guillaume Néphrologie (44-02)

M. FOURNIER Jean-Paul Thérapeutique (48-04)

Mme GIORDANENGO Valérie Bactériologie-Virologie (45.01)

Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)

M. GUÉRIN Olivier Mé. In ; Gériatrie (53.01)

M. IANNELLI Antonio Chirurgie Digestive (52.02)

M. ILIE Marius Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M JEAN BAPTISTE Elixène Chirurgie vasculaire (51.04)

M. ROHRLICH Pierre Pédiatrie (54.01)

M. ROUX Christian rhumatologie (50.01)

M. RUIMY Raymond Bactériologie-virologie (45.01)

Mme SACCONI Sabrina Neurologie (49.01)

M. SADOUL Jean-Louis Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

M. VANBIERVLIET Geoffroy Gastro-entérologie (52.01)

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)

Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)

M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)

M. CAMUZARD Olivier Chirurgie Plastique (50-04)

Mme CONTENTI-LIPRANDI Julie Médecine d'urgence (48-04)

M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)

M DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)

M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)

M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)

Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)

M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)

Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)

Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)

M. MASSALOU Damien Chirurgie Viscérale (52-02)

Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)

M. MONTAUDIE Henri Dermatologie (50.03)

Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. NAÏl Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)

Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)

M. SAVOLDELLI Charles Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)

Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)

M. SQUARA Fabien Cardiologie (51.02)

M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)

Mme THUMMLER Susanne Pédopsychiatrie (49-04)

M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS HONORAIRES

M. AMIEL Jean M. GASTAUD Pierre M ALBERTINI Marc M. GÉRARD Jean-Pierre

M. BALAS Daniel M. GILLET Jean-Yves M. BATT Michel M. GRELLIER Patrick

M. BLAIVE Bruno M. GRIMAUD Dominique M. BOQUET Patrice M. HOFLIGER Philippe

M. BOURGEON André M. JOURDAN Jacques M. BOUTTÉ Patrick M. LAMBERT Jean-Claude

M. BRUNETON Jean-Noël M. LAZDUNSKI Michel Mme BUSSIERE Françoise M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. CAMOUS Jean-Pierre M. LE FICHOUX Yves M. CANIVET Bertrand Mme LEBRETON Elisabeth

M. CASSUTO Jill-patrice M. MARIANI Roger M. CHATEL Marcel M. MASSEYEFF René

M. COUSSEMENT Alain M. MATTEI Mathieu Mme CRENESSE Dominique M. MOUIEL Jean

M. DARCOURT Guy Mme MYQUEL Martine M. DELLAMONICA Pierre M. ORTONNE Jean-Paul

M. DELMONT Jean M. PRINGUEY Dominique M. DEMARD François M. SANTINI Joseph

M. DESNUELLE Claude M. SAUTRON Jean Baptiste M. DOLISI Claude M. SCHNEIDER Maurice

Mme EULLER-ZIEGLER Liana M. TOUBOL Jacques M. FENICHEL Patrick M. TRAN Dinh Khiem

M. FRANCO Alain M VAN OBBERGHEN Emmanuel M. FREYCHET Pierre M. ZIEGLER Gérard

M.C.U HONORAIRES

M. ARNOLD Jacques M. GIUDICELLI Jean M. BASTERIS Bernard M. MAGNÉ Jacques

M. BENOLIEL José Mme MEMRAN Nadine Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie M. MENGUAL Raymond

Mme DONZEAU Michèle M. PHILIP Patrick M. EMILIOZZI Roméo M. POIRÉ Jean-Claude

M. FRANKEN Philippe Mme ROURE Marie-Claire M. GASTAUD Marcel

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur LEVRAUT Jacques, merci de me faire l'honneur de juger ce travail de thèse. Je suis sensible à l'intérêt que vous avez porté à celui-ci en acceptant de prendre part à ce jury. Soyez assuré de ma reconnaissance pour votre enseignement de la médecine d'urgence et de ses valeurs.

Monsieur le Professeur DELLAMONICA Jean, merci de m'avoir fait l'honneur de participer au jury de cette thèse. Merci de l'intérêt que vous avez porté à mes nombreuses sollicitations. Veuillez recev oir mes remerciements les plus distingués.

Monsieur le Professeur GUIGAY Joel, vous me faite l'honneur de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de tout mon respect.

Monsieur le Docteur MIGNOT Axel, merci d'avoir dirigé et orienté mon travail de thèse, de vous être rendu disponible dans les plus brefs délais, de m'avoir accordé votre précieux temps pour aiguiller mes incertitudes et de m'avoir permis de m'inspirer de votre travail. Vous m'avez appris beaucoup de choses au cours de cette période, je vous en remercie du fond du cœur et vous souhaite encore de belles aventures auprès des internes.

Merci aux différents médecins qui ont croisés ma route sur l'ensemble de mes terrains de stages, merci à vous de m'avoir apporté votre expérience pour ma pratique future.

Merci à mes parents et à mon frère, d'avoir toujours été présents dans les moments difficiles de ces longues années d'études, de m'avoir soutenu dans les baisses de régime, d'avoir partagé les joies et les pleurs, de m'avoir porté jusqu'au bout de mes capacités et d'avoir supporté mes humeurs. Merci de m'avoir tout donné pour réussir ma vie. Je vous embrasse.

Merci à mon Tiou, mon beauté tu as été présents tout au long de ce travail. Ton soutien, ton réconfort et ton aide à ta manière m'ont permis d'aboutir à ce travail. Merci pour ce que tu as pu faire pour moi durant ces deux années. On sera toujours fait pour être ensemble.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

A. CONTEXTE
B. LITTERATURE
C. DEFINITIONS
D. OBJECTIFS

II. MATERIEL ET METHODE

A. TYPE D'ETUDE
B. POPULATION CIBLE

III. RESULTATS

A. OBJECTIF PRINCIPAL
1. INTRODUCTION
2. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE
3. ORIENTATION ET DEVENIR DES PATIENTS
4. EN RESUME

B. OBJECTIFS SECONDAIRES
1. SCORES D'ORIENTATION ET PRONOSTIQUES
2. FOCUS SUR LES PATIENTS PRIS EN CHARGE EN REANIMATION MEDICALE AU CHU l'ARCHET II

IV. DISCUSSION

V. CONCLUSION

LISTE DES ABREVIATIONS

APACHE II : Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II

ATA : Arrêt des Thérapeutiques Actives

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil

LATA : Limitations des Thérapeutiques Actives

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

qSOFA : Quick SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment)

NEWS : National Early Warning Score

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SIRS : Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique

SOFA : Sepsis-related Organ Failure Assessment

USI : Unités de Soins Intensifs

RESUME

Introduction : Pour l'urgentiste, il est difficile de savoir quelle attitude adopter face à des situations de décompensation aigues et graves chez des patients atteints d'un cancer qui se présentent en salle de déchocage. D'autant plus qu'il n'y a pas de recommandations claires à ce sujet.

Objectif : L'objectif principal de cette étude sera d'analyser la prise en charge initiale ainsi que le devenir des patients adultes atteints de cancer souffrant d'une décompensation aiguë grave nécessitant une prise en charge au déchocage (SAUV) sur l'hôpital Pasteur II à Nice.

Matériel et méthode : Une étude observationnelle descriptive sur l'année 2019, avec recrutement des patients par extraction de données via le logiciel Terminal Urgence (TU) utilisé au SAU sur le CHU Pasteur 2 à Nice est réalisée. De cette extraction nous avons créé un ensemble de tableaux croisées dynamiques sur logiciel Excel Tableur afin de regrouper et d'analyser les données recueillies.

Résultats : Au final, on note que la dyspnée en lien étroit avec une infection responsable d'un sepsis plus ou moins grave semble la cause la plus fréquente de prise en charge en SAUV chez ces patients atteints d'une pathologie cancéreuse. Un faible nombre parmi eux décèdent directement dans ce secteur malgré leurs fragilités lors de la prise en charge initiale. Pour environ un tiers des patients, l'urgentiste est tout de même amené à poser l'indication de la mise en place de soins de confort en étroite collaboration avec le réanimateur, avec un accompagnement en fin de vie réalisée dans le service UCSU principalement. Un faible nombre de patients étiquetés en soins palliatifs sont tout de même pris en charge dans cette zone du SAU.

Conclusion : Ce travail a permis de montrer que les médecins urgentistes avaient un raisonnement globalement commun de réanimation d'attente devant l'attitude à adopter face à la prise en charge d'une décompensation aiguë et grave en SAUV concernant un patient atteint d'un cancer.

PRISE EN CHARGE AU DECHOCAGE DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) PASTEUR 2 A NICE SUR L'ANNEE 2019

I. INTRODUCTION

Sur la dernière décennie, le nombre de patients vivants avec un cancer augmente régulièrement même si en parallèle le taux d'incidence, c'est-à-dire de nouveaux cas, tend à se stabiliser chez les femmes alors qu'il est en baisse chez les hommes. Dans un même temps, la survie d'une majorité des cancers s'est améliorée, ainsi cette population est de plus en plus amenée à se présenter dans les services d'accueil des urgences et à être orientée dans les zones de déchocage, c'est-à-dire dans un secteur de prise en charge d'urgence vitale.

C'est un fait, la prise en charge d'une détresse vitale chez les patients atteints de cancer n'est pas aisée. Elle doit être initiée très précocement, le médecin urgentiste doit déterminer au mieux le pronostic immédiat de ses patients en fonction de leur motif d'entrée aux urgences et savoir s'orienter sur le devenir de chacun. La connaissance rapide du dossier médical est primordiale et la concertation pluridisciplinaire avec le réanimateur et l'oncologue occupe une place majeure dans cette prise en charge, l'objectif étant de ne pas limiter les thérapeutiques trop rapidement chez ces patients du fait de la simple « étiquette » de cancer, et inversement de ne pas basculer dans une réanimation lourde avec des conséquences qui peuvent être déraisonnables pour le patient sur le plan éthique mais également pour les services de réanimation dans la situation actuelle de carence de lits d'hospitalisation.

Sur le site niçois, les problématiques sont d'autant plus complexes que le lieu de prise en charge des trois spécialités mentionnées haut dessus n'est pas le même, mais également que les informations du dossier médical ne sont pas toutes partagées et accessibles par l'urgentiste, et ainsi peuvent avoir un rôle majeur dans cette phase précoce et déterminante de la prise en charge.

Notre hypothèse de travail est de montrer dans un premier temps qu'il est difficile de savoir quelle attitude adopter face à de telles situations aigues et graves chez ces patients atteints d'un cancer, et notamment sur le fait qu'il n'y a pas de recommandations claires à ce sujet.

L'objectif est de mettre en évidence la réalité de la situation au sein du CHU de Nice en étudiant la population concernée et les motifs d'admissions, les caractéristiques de la prise en charge initiale avec les thérapeutiques initiées dès le Service d'Accueil des urgences, et ceci afin de proposer des solutions d'amélioration dans leurs pratiques quotidiennes.

A. Contexte

Dans le monde, entre 2010 et 2018, le taux d'incidence du cancer tend à se stabiliser chez les femmes et il est en baisse chez les hommes, ainsi le nombre de patients vivants avec un cancer augmente régulièrement (1). En France métropolitaine, en 2018, on estime à 382 000 le nombre de nouveaux cas de cancers. En parallèle, l'avancement des recherches dans le développement des traitements anti-cancéreux, notamment avec l'apparition des biothérapies, augmente le nombre de patients vivants avec un cancer ainsi que leur espérance de vie (2). En reprenant l'histogramme de l'incidence des tumeurs solides au pronostic dégradé en 2018, le cancer du poumon se place en première position dans les deux sexes.

Depuis deux décennies, il y a eu des progrès importants dans la prise en charge et la gestion des patients atteints de cancer gravement malades. La survie d'une majorité des cancers s'est améliorée, par conséquent, ils sont de plus en plus amenés à se présenter dans les services d'accueil des urgences et orientés dans les zones de déchocage. En effet, ces patients sont plus à risque de complications graves (3). Comme toute autre personne, ils peuvent accéder à des soins d'urgence vitale pour des causes sans rapport avec leur pathologie oncologique, cependant il faut garder en tête que cette population est d'autant plus à risque de développer des complications liées à leurs traitements en cours ou des complications consécutives au parcours de soin de leur maladie devenue chronique (4).

Si on se concentre sur l'organisation à Nice de la prise en charge des patients adultes atteints de cancer et nécessitant des soins en urgence vitale, on observe un accord tacite entre trois services (spécialités) : les urgences adultes du CHU Pasteur II, la réanimation médicale du CHU de l'Archet 2 (principalement) et le service d'oncologie du Centre Antoine Lacassagne.

Lorsqu'on se focalise sur les patients qui entrent dans le milieu hospitalier par l'intermédiaire des urgences et notamment ceux qui sont admis en salle de déchocage (Service d'Accueil des Urgences Vitale (SAUV)), on se rend rapidement compte que l'urgentiste fait face à plusieurs problématiques. C'est un fait, la prise en charge urgente d'une détresse vitale chez les patients atteints de cancer n'est pas aisée. Il faut agir vite, déterminer au mieux le pronostic immédiat de ses patients en fonction de leur motif d'entrée aux urgences et savoir s'orienter sur le devenir de chacun.
La connaissance rapide du dossier médical du patient est primordiale et la concertation pluridisciplinaire occupe une importance majeure dans la prise en charge adaptée de ces patients atteints de cancer qui se trouvent face au médecin urgentiste (5). C'est là qu'apparaît la première difficulté dans notre CHU de Nice. Si on pose les faits actuels, chaque partie du trio de prise en charge de ces patients se trouve dans un lieu différent et chaque centre utilise un logiciel différent. Ce dernier point est problématique, sans connaissance du dossier médical du patient à prendre en charge il est plus difficile se décider (réanimation, Limitations ou Arrêts des thérapeutiques Actives (LATA et ATA)). De plus, en dehors des heures et jours ouvrables, joindre le médecin oncologue référent, afin d'avoir une discussion avec le professionnel le plus à même de prendre une décision pour le patient, peut s'avérer difficile. La deuxième difficulté incombe à chaque médecin urgentiste car il s'agit de leur formation et leurs connaissances des complications relatives au cancer ou aux effets indésirables associés au traitement. Ces problématiques sont notamment d'actualité puisqu'elles sont abordées dans les congrès régionaux et internationaux. Par exemple en 2019, l'interrogation quant aux nouvelles pratiques et problématiques liées à l'apparition de l'immunothérapie dans le traitement des cancers a été présentée au cours du congrès COPACAMU (Collège Provence Alpes Côte d'azur de Médecine d'Urgence) (6). Plus récent encore, le programme du congrès de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) annonce une réflexion sur les complications aiguës du patient onco-traité (7). Les connaissances et la formation des praticiens peuvent également être complétées par des Diplôme

Universitaire et Inter Universitaire, il en existe vingt-et-un différents sur le thème des sciences du cancer (8).

Par l'intermédiaire de ce travail nous allons faire un état des lieux de la prise en charge des patients adultes atteints de cancer pris en charge initialement sur le Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) du CHU Pasteur II de Nice.

B. Littérature

Un certain nombre de travaux ont été réalisés sur l'admission en unités de soins intensifs (USI) des patients atteints de cancer dans le contexte de l'urgence, notamment des travaux s'interrogeant sur la prise de décision d'une éventuelle abstention thérapeutique (9), l'initiation de soins palliatifs (10), des potentiels facteurs prédictifs de mortalité (11) et facteurs pronostiques de la survie à court terme de ces patients en réanimation (12). L'opinion générale des premiers travaux (13) à ce sujet a eu pour conséquence de nombreux refus d'admission des patients atteints de cancer dans les services de réanimation devant un caractère futile et coûteux de cette prise en charge. Cependant, les études récentes (14) remettent en cause cette vision sombre des patients relevant de l'oncologie et mettent au contraire en avant une survie significative.

Très peu de donnée sont actuellement retrouvée dans la littérature quand on interroge les différents moteurs de recherche médicaux type PubMed, CISMEF, GoogleScholar entres autres, sur l'état des lieux de la prise en charge au sein même des urgences dans les différents hôpitaux en France des patients souffrant d'un cancer avec une pathologie aigue engageant leur pronostic vital.

La SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence), en 2018, tente de guider cette prise en charge difficile en émettant des recommandations pour la pratique clinique (15). Celles-ci aident le praticien dans la décision de limitation ou arrêt des traitements de suppléance vitale dans le contexte de l'urgence tout en gardant à l'esprit que les lois et recommandations françaises récusent l'obstination déraisonnable. Ces guidelines abordent une dizaine de questions et considèrent comme des éléments clés ; la volonté du patient (dans l'idéal via les directives anticipées, à défaut avec le témoignage des proches), un dossier médical complet (devant l'importance de l'état antérieur du patient) et la confrontation des bénéfices versus la lourdeur des thérapeutiques (l'admission en réanimation n'est pas systématique car celle-ci n'améliore pas forcément la survie). Elles énoncent également un concept important : la réanimation d'attente. Celle-ci permet de temporiser et d'obtenir un recul sur la situation d'urgence posant notamment deux questions : cette défaillance est-elle due à une cause aiguë réversible ? Et quelle est la survie à court terme ? en laissant la possibilité d'une concertation pluri disciplinaire avec au final une décision collégiale sur la prise en charge à poursuivre.

Si on reprend la notion de facteurs pronostiques permettant de prédire la mortalité des patients atteints de cancer en USI, à travers une étude rétrospective parue dans Journal of Critical Care en 2014 (16) où l'objectif principal était d'identifier les facteurs de risques associés à la mortalité en réanimation, on remarque premièrement que les deux principales causes d'admission en réanimation étaient le sepsis sévère (66.7%) et la détresse respiratoire (63.6%). On note également que 68% des patients avaient bénéficiés d'une assistance ventilatoire mécanique (invasive ou non invasive) dès leur admission. En comparant les survivants et les non survivants de la cohorte, l'étude a montré de manière significative ($p<0.05$) que les scores APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II (Annexe 1)) ($p=0.0001$) et SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment (Annexe 2)) ($p=0.0001$) étaient diminués et que le score de Glasgow ($p=0.0001$) était élevé chez les survivants par rapport aux non survivants. D'autres facteurs pronostiques tels que le taux de plaquettes et

leucocytes, la nécessité d'une ventilation mécanique, l'apparition d'une infection nosocomiale, la nécessité d'une transfusion sanguine et le recours à la trachéotomie étaient des facteurs prédictifs de survie statistiquement significatifs.
De plus, trois paramètres étaient associés de manière indépendante à une mortalité élevée dans les USI : le score APACHE II à l'admission (Odds Ratio [OR] 1.12; 95% intervalle de confiance [IC] : 1.032-1.215; p=0.007), la présence d'un sepsis sévère (OR 8.94, 95% IC : 2.283-35.002; p=0.002) et le recours aux vasopresseurs pendant le séjour en réanimation (OR 16.839; 95% IC : 3.98-71.235; p=0.0001).

Ces résultats sont en accord avec un article paru dans Science Direct sur les indications et les conséquences d'une hospitalisation en USI chez les patients atteints de cancer bronchique (17). Dans ce document, le pronostic du patient admis dans ces unités n'est pas conditionné par les caractéristiques de son affection néoplasique mais par celles de la complication aigue justifiant son séjour. Et enfin, la Revue Médicale Suisse publie un document sur l'admission en réanimation des patients avec une néoplasie de mauvais pronostic (18), qui va également dans ce sens avec l'utilisation de ces scores prédictifs sur la gravité de l'atteinte aiguë, celle-ci n'ayant pas toujours une relation de causalité avec la pathologie néoplasique.

Pour résumer, cette approche permet notamment d'expliquer pourquoi l'utilisation de scores pronostiques, couramment utilisés en matière de triage dès l'accueil des urgences, pourraient également être utilisés afin d'orienter la prise en charge et le devenir des patients relevant du domaine de l'oncologie.

Dans le cadre de notre travail et en ce qui concerne le SAU du CHU de Pasteur II de Nice, il est ainsi coutume que l'infirmière d'accueil (IOA) ou le médecin d'accueil et d'orientation (MAO) fasse une première évaluation du malade avec le score NEWS (National Early Warning Score (Annexe 3)). Un article tout récent paru dans Infectious Diseases Society of America (19) a étudié la valeur prédictive de trois critères cliniques pour la septicémie (qSOFA (Quick SOFA) (Annexe 4)), SIRS (Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique) et NEWS) en ce qui concerne la mortalité à court terme chez les receveurs de greffe de cellules hématopoïétiques allogéniques avec des infections suspectées. Le résultat de cette étude est intéressant puisque le score NEWS obtient de meilleurs résultats que les scores qSOFA et SIRS pour prédire la survenue d'une infection grave. En SAUV, le médecin réalise de manière spontanée le score qSOFA, qui est un score validé pour identifier le risque de mortalité du patient dans le cadre d'un sepsis, qui rappelons-le est une des principales causes d'admission en réanimation des patients ayant un cancer.

En résumé, après un travail sur l'orientation et le devenir des patients atteints de néoplasie suite à leur passage aux urgences nous allons aussi étudier rapidement les caractéristiques de cette prise en charge, avec un aperçu de la population concernée, du motif d'admission et des thérapeutiques initiées. L'intérêt de ce travail étant de mettre en lumière la pratique actuelle des urgentistes face à une symptomatologie aigue grave chez des patients atteints d'un cancer et de leur apporter éventuellement une aide dans les thérapeutiques à initier aux urgences.

C. Définitions

Selon la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence), la **réanimation d'attente** est la mise en œuvre de traitements de suppléance dans un contexte d'incertitude rendant nécessaire une période d'évaluation sans faire perdre de chance au patient. Cette réanimation d'attente peut durer quelques heures et conduire à une réévaluation, permettant de préciser le diagnostic, l'état antérieur, une réponse aux traitements ou d'attendre l'arrivée de la famille en vue d'une annonce difficile. Celle-ci peut être débutée dès la phase pré hospitalière et n'implique pas une admission systématique en

réanimation, elle peut être poursuivie en SAUV. La SFMU précise que si l'incertitude se prolonge au-delà de quelques heures, la poursuite des investigations et des traitements actifs doit s'effectuer en réanimation ou en unité de surveillance continue.

Limitations et Arrêt des thérapeutiques Actives (LATA) (20) : Ces procédures sont encadrées par la loi et se distinguent de l'euthanasie et du suicide assisté punis par le code pénal. Sa réflexion se base sur la condamnation de l'obstination déraisonnable, le respect du choix du patient et la collégialité dans la prise en charge. On distingue trois grandes situations pouvant mettre en jeu la décision de LATA : l'échec des thérapeutiques mis en routes par défaillances d'organes, le respect de la volonté d'une personne consciente, informé et apte à consentir, qui demande elle-même une limitation ou arrêt des thérapeutiques, et enfin un pronostic très défavorable pour lequel une poursuite ou une intensification des thérapeutiques parait déraisonnable. Une fois la décision de LATA prise, les personnes concernées doivent procéder à une information orale et écrite dans le dossier du patient (Feuilles de LATA à disposition dans le SAU à Nice (Annexe 5)). Il est important de bien distinguer les termes de « Limitation » et d'« Arrêt » des thérapeutiques actives, avec dans le premier cas le choix de maintenir certains traitements actif (comme par exemple la poursuite d'une oxygénothérapie ou d'une antibiothérapie, tout en arrêtant un support hémodynamique comme la Norépinephrine ou tout gestes invasifs) et dans le second cas un arrêt total des traitements actifs (comme par exemple l'extubation…).

L'APACHE II est un système de classification de la gravité de la maladie. Il a pour objectif de prédire le pronostic, via la mortalité (en pourcentage), des patients hospitalisés en soins intensifs. Il retient 12 variables physiologiques, associées à l'âge et à un certain nombre de maladies préexistantes. Il tient compte du motif d'admission en réanimation à partir d'une liste prédéterminée de 50 diagnostics.

Le score SOFA est aussi utilisé en soins intensifs pour déterminer et suivre l'état d'un patient dans un contexte de défaillance d'organe. Le score s'appuie sur six sous-scores, un pour chaque système (respiratoire, neurologique, cardiovasculaire, hépatique, rénal et coagulation). Il est utilisé pour définir le sepsis depuis 2016. Un score supérieur ou égal à deux est associé à un risque de mortalité de 10 % chez les patients pour lesquels une infection est suspectée.

Le score Quick SOFA est une version simplifiée du score SOFA qui a pour but d'identifier les patients ayant un risque élevé d'issue défavorable suite à leur infection. Il inclut seulement 3 critères cliniques. Un score élevé en début d'infection est associé à une mortalité élevée et/ou à des séjours prolongés en unité de soins intensifs.

Le score NEWS est un score d'alerte précoce utilisé pour déterminer rapidement dans quel délai chaque malade doit être pris en charge, celui-ci étant valable pour tout patient se présentant aux urgences, quels que soient ses antécédents. Il est basé sur les signes vitaux tel que la fréquence respiratoire et cardiaque, la pression artérielle, la saturation en oxygène, la température et le niveau de conscience, mais également la nécessité d'administration d'oxygène. Une valeur supérieure ou égale à sept est une indication de prise en charge du patient en salle de déchocage (SAUV).

Les complications aiguës des cancers peuvent toucher tous les systèmes. Elles se divisent en deux catégories ; D'une part celles liées à la iatrogénie (21), avec en tête de liste les cytopénies au cours des chimiothérapies (notamment la neutropénie fébrile) et les complications post intervention chirurgicale, et d'autre part, les complications en lien direct avec le cancer (22), dont les principales sont les détresses respiratoires, le sepsis, les syndromes hémorragiques, l'occlusion intestinale et les pathologies emboligènes. Les trois motifs d'hospitalisation les plus fréquents en soins intensifs sont la

surveillance post opératoire, le sepsis (iatrogène ou lié au cancer lui-même) et les détresses respiratoires.

D. Objectifs

Au final, après avoir fait le point sur les pratiques locales et après avoir exposé les travaux réalisés à l'heure actuelle, l'objectif principal de mon travail sera d'analyser la prise en charge initiale ainsi que le devenir des patients adultes atteints de cancer souffrant d'une décompensation aiguë grave nécessitant une prise en charge au déchocage (SAUV) sur l'hôpital Pasteur II à Nice.

Notre hypothèse de travail est de dire qu'il est difficile de savoir quelle attitude adopter face à de telles situations aigues et graves, notamment sur le fait qu'il n'y a pas de recommandations claires à ce sujet.

Les objectifs secondaires de cette étude seront de faire l'état des lieux sur l'utilisation des scores pronostiques dans le cadre de ces patients d'une part, et d'autre part de faire le point sur la survie à 3 jours des patients hospitalisés en réanimation après une prise en charge initiale aux urgences.

Pour pouvoir répondre à cette problématique nous utiliserons une étude descriptive, avec un recueil de données sur une année.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Type d'étude

Nous avons donc utilisé une étude observationnelle descriptive sur l'année 2019, avec recrutement des patients par extraction de données via le logiciel Terminal Urgence (TU) utilisé au SAU sur le CHU Pasteur 2 à Nice.

De cette extraction nous avons créé un ensemble de tableaux croisées dynamiques sur logiciel Excel Tableur afin de regrouper et d'analyser les données recueillies.

B. Population cible

Concernant ce recueil de données, la population cible fut l'ensemble des patients présentant un diagnostic de néoplasie confirmé, évolutive ou en rémission, qui ont été admis en salle de déchocage (SAUV) sur la période allant du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2019.

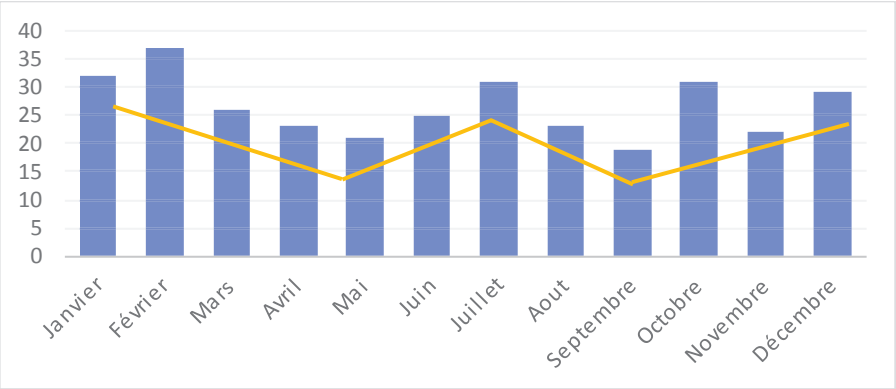
Les patients mineurs (c'est-à-dire moins de 18 ans) ont été exclus.
Les patients admis pour un traumatisme ostéo-articulaire aigu (sédation procédurale), une alerte thrombolyse et des séances de ventilation non invasive (VNI), mais également les patients en attente d'un avis spécialisé ou d'un départ au bloc n'ont pas été inclus volontairement.

Les différentes catégories retenues lors de l'extraction ont été des données relatives au patient soit l'âge, le type de cancer, la présence de métastases et s'ils étaient connus pour être en cours de soins palliatifs. Ensuite, nous avons recueilli l'ensemble des éléments de leur prise en charge initiale via le mode d'entrée aux urgences et plus particulièrement s'ils avaient bénéficié d'une prise

en charge par une équipe SMUR, leurs motifs d'entrée et s'il était hémodynamiquement stable à l'arrivée. Puis, nous avons détaillé la prise en charge au cours du passage en salle de déchocage avec la durée de passage en box, les actes pratiqués (administration d'antibiotiques, support hémodynamique, support ventilatoire, soins de confort, autres) et les avis médicaux auprès de confrères (3 catégories : oncologue, réanimateur et autres). Enfin, nous avons regardé les diagnostics et l'orientation des patients. De plus, nous avons calculé les scores NEWS et quick SOFA pour chaque patient s'il n'était pas réalisé par le médecin ou l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA). Et enfin, pour répondre à l'ensemble de nos objectifs, nous avons également étudié le devenir des patients transférés dans le service de réanimation médicale du CHU de l'Archet 2 via une étude de survie à trois jours de leur admission.

III. RESULTATS

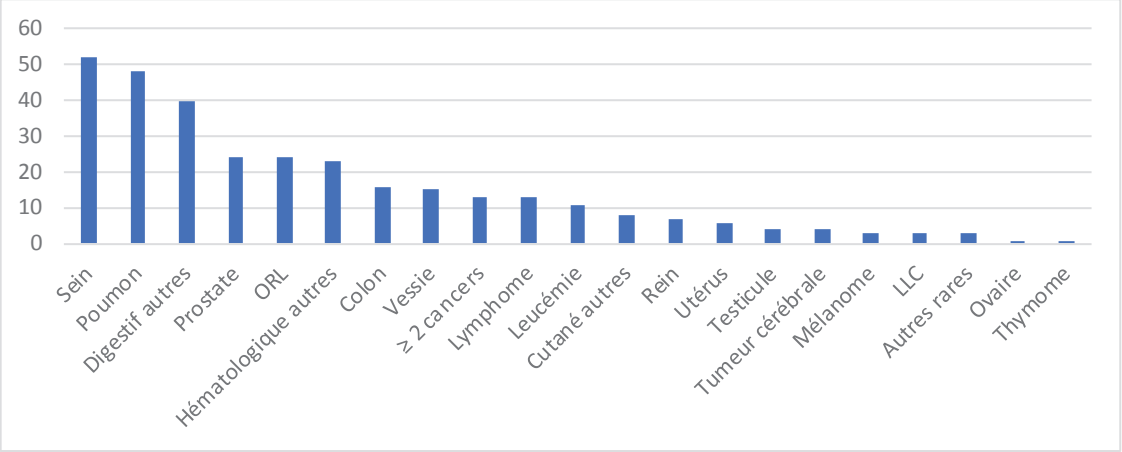
Au total, 319 patients ayant un antécédent de néoplasie ont été admis en salle de déchocage sur l'année 2019. Ces patients représentent un nombre de passage moyen en SAUV de 27 malades par mois, soit un ratio d'un patient sur huit. Le graphique suivant montre une globale homogénéité du passage de ces patients sur l'année avec une recrudescence hivernale et estivale bien connue de nos SAU dans la région.



Admissions des patients en SAUV au cours de l'année 2019

Ces patients sont représentatifs d'une population fragile avec un âge moyen de 73 ans et on remarque que leur prise en charge est particulièrement longue pour cette zone normalement faite pour « déchoquer » et orienter rapidement les patients. En effet la durée moyenne de passage en SAUV est de 6h30, avec un nombre conséquent (20) de présences en box allant au-delà des dix heures.

Si on s'intéresse plus particulièrement aux types de cancer rencontrés (cf tableau sous-jacent), les quatre principaux sont les cancers digestifs (60/319, dont un tiers de lésion du côlon), le cancer du sein (52/319), les cancers hématologiques (50/319, regroupant lymphomes et leucémies principalement), et le cancer du poumon (48/319). A noter que 13 patients souffraient d'au moins deux types de cancers.



Types de cancers chez les patients admis en SAUV au cours de l'année 2019

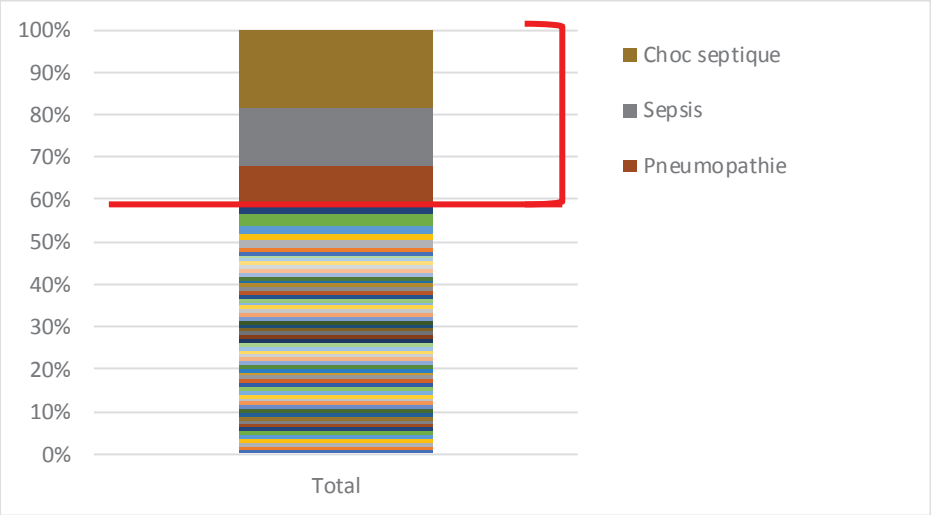
L'échantillon de patients admis en SAUV pour une décompensation aiguë grave en lien avec leur cancer était de 115 malades. Si on se focalise uniquement sur ces patients, et c'est ce que nous ferons dans la suite de ce travail, l'incidence du cancer du poumon de 57,6% le place en première position, suivis des cancers hématologiques (37,2%) puis des cancers de la sphère ORL (30,7%).

On note également que 53 patients avaient des métastases connues, et chez ces patients métastatiques 17 relevaient des soins palliatifs. Encore une fois le cancer pulmonaire représente la majorité des cancers métastatiques et ceux étiquetés en soins palliatifs admis en SAUV pour décompensation aiguë grave en rapport avec leur pathologie chronique.

A. Objectif principal

1. Introduction

Tout d'abord, on remarque, dans l'ordre croissant, que le diagnostic final retenu à la sortie de la SAUV est dans plus de 40% des cas une pneumopathie, un sepsis ou un sepsis sévère (cf graphique ci-dessous). Ces résultats montrent que chez ces patients souffrant d'une pathologie cancéreuse, le risque infectieux est majeur, en lien direct avec le cancer et/ou la conséquence des traitements utilisés.



Diagnostics finaux des patients pris en charge en SAUV au cours de l'année 2019

Si on reprend chaque diagnostic en commençant par la pneumopathie, les principaux cancers associés à cette pathologie sont les néoplasies pulmonaires puis digestives. Celles-ci étant l'une et l'autre à un stade métastatique principalement. Pour le diagnostic de sepsis, les cancers pulmonaires et digestifs restent également les plus fréquents avec un nombre de stade métastatique connu représentant plus de 50% des cas. En revanche lorsqu'il s'agit du sepsis sévère, les hémopathies malignes apparaissent en première ligne, suivies des cancers de la vessie. Ces deux néoplasies n'étant pas au stade métastatique lors de leur arrivée en SAUV.

A noter que les données concernant les patients connus comme relevant des soins palliatifs en arrivant en salle de déchocage ne sont pas contributives car très peu représentées.

2. Prise en charge thérapeutique

Nous allons donc nous intéresser ici à la prise en charge débutée en SAUV concernant ces 115 patients pris en charge en SAUV souffrant d'une pathologie aigue dont le pronostic est en lien avec le cancer sous-jacent.

Les principaux motifs d'entrée sont la dyspnée (40 patients), l'altération de l'état général (15 patients) et l'hyperthermie (10 patients). Ceux-ci représentent plus de la moitié (56.5%) de la raison d'hospitalisation. Si on regarde les patients qui ont été transportés par une équipe SMUR (23 patients), la dyspnée (10/23) est aussi le premier motif de leur arrivée en SAUV.

On peut également signaler que seulement 9 des 28 patients (un quart) arrivés instables sur le plan hémodynamique au moment de leur prise en charge provenaient d'une médicalisation par le SMUR. Au final 14 d'entre eux, soit la moitié, ont nécessité un support hémodynamique (noradrénaline). L'avis d'un médecin réanimateur n'a été pris que pour 18 patients.

En ce qui concerne les actes pratiqués pour ces 115 patients au cours de leur passage en SAUV, le choix d'une antibiothérapie domine puisqu'elle est administrée chez 44% des malades. La décision de mise en place de soins de confort vient ensuite et représente 30 % des cas. Chez un patient sur trois environ, le médecin urgentiste se retrouve donc face à une situation de fin de vie et toutes les conséquences que cela implique (impact émotionnel, gestion d'équipe, communication…). Viennent enfin les supports ventilatoires, hémodynamiques et les autres actions, qui représentent chacun entre 10 et 20% des thérapeutiques initiées.

Chez les patients non palliatifs (90), les actes pratiqués sont diversifiés. D'une part, pour les plus graves (24 patients orientés en services de réanimation) ; 17 antibiothérapies ont été débutées, 11 prises en charge ont nécessité un support hémodynamique par noradrénaline et 6 ont bénéficiés d'un support ventilatoire (dont 3 intubations orotrachéales (IOT), 2 VNI et 1 Optiflow). D'autre part, pour les patients plus stables (dont 28 orientés en service de médecine) il y a eu 11 antibiothérapies initiées, un support ventilatoire par VNI et un support hémodynamique par noradrénaline.

Chez les patients étiquetés comme relevant des soins palliatifs (25) les soins de confort sont le premier choix de l'urgentiste. Parmi eux, neuf ont tout de même bénéficiés d'une antibiothérapie, un patient d'une séance de ventilation non invasive (VNI) et un patient d'une transfusion.

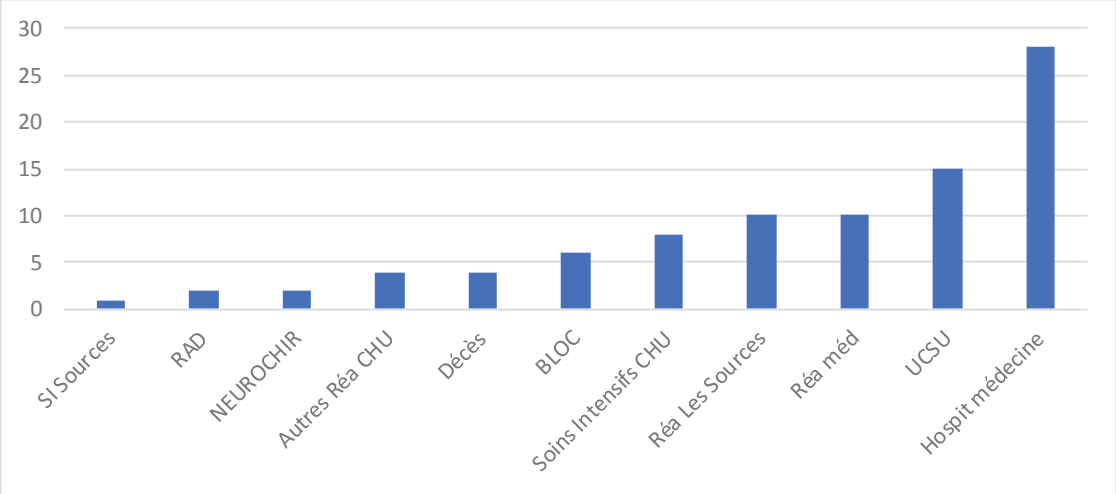
Concernant les avis auprès de confrères, sur 115 passages les oncologues ont été sollicités 40 fois, les réanimateurs 53 fois et les médecins d'autres spécialités 59 fois. Parmi ces derniers, les spécialités de gastro-entérologie-chirurgie viscérale, urologie, ORL et pneumologie représentent 45% des avis qui ont été demandés.

3. Orientation et devenir des patients

Au sujet de l'orientation principale des patients qui ne relèvent pas d'une prise en charge palliative (90 patients), ils sont 28 à être orienté en service de médecine, 24 en service de réanimation (dont 8 en réanimation médicale de l'hôpital de l'Archet, 10 en réanimation médicale de la clinique Les Sources, 6 dans d'autres réanimations) et 15 à l'UCSU. Ces 3 secteurs regroupent donc 75% des orientations.

L'orientation des patients relevant des soins palliatifs pour leur cancer est principalement dans le service d'UCSU (12 patients sur 25). Ce service, géré par les urgentistes et proche de la SAUV permet un transfert rapide dans une chambre seule avec une facilité de suivi et d'accompagnement pour les familles, avec notamment des équipes médicales et paramédicales formées à ces types de soins. On note paradoxalement que parmi ces patients, 2 ont été orientés dans des services étiquetés comme soins intensifs-réanimation. En s'attardant sur les caractéristiques de ces patients, le diagnostic posé avant leur transfert dans le service d'UCSU est majoritairement le sepsis sévère. Chez ces patients les cancers pulmonaires dominent. Par ailleurs la durée moyenne de leur prise en charge initiale en SAUV est de 6 heures (durée allant de 3 heures à 11 heures). Des hospitalisations au Centre Antoine Lacassagne, sans distinction de service, ont été réalisées chez 4 patients.

Au total, seulement 6 patients parmi ces 115 sont décédés en SAUV (dont 2 étiquetés en soins palliatifs).



Orientation des patients pris en charge en SAUV au cours de l'année 2019

4. En résumé

Au final, concernant notre objectif principal, on note que la dyspnée en lien étroit avec une infection responsable d'un sepsis plus ou moins grave semble la cause la plus fréquente de prise en charge en SAUV chez ces patients atteints d'une pathologie cancéreuse. Un faible nombre parmi eux décèdent directement dans ce secteur malgré leurs fragilités lors de la prise en charge initiale. Pour environ un tiers des patients, l'urgentiste est tout de même amené à poser l'indication de la mise en

place de soins de confort en étroite collaboration avec le réanimateur, avec un accompagnement en fin de vie réalisée dans le service UCSU principalement. Un faible nombre de patients étiquetés en soins palliatifs sont tout de même pris en charge dans cette zone du SAU.

B. Objectifs secondaires

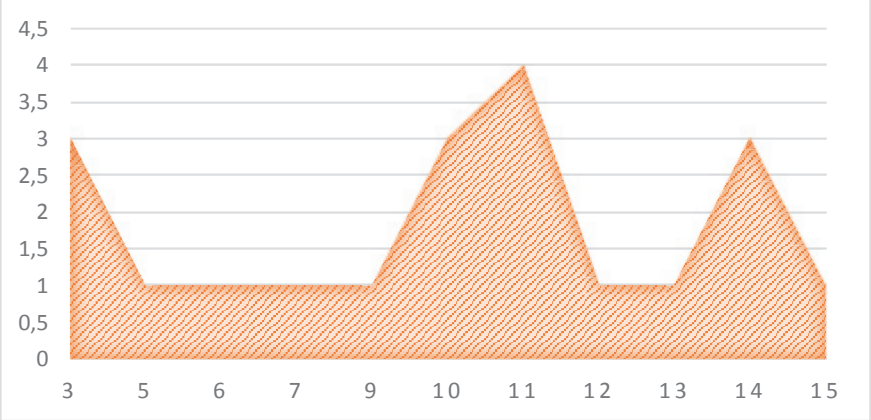
1. Scores d'orientation et pronostique

Comme détaillé initialement, nous avons fait l'état des lieux de l'utilisation des scores pronostiques NEWS et Quick SOFA par l'analyse des dossiers extraits du Terminal d'Urgence. Les données montrent leurs quasi-absences dans les dossiers patients lors de leur prise en charge et leur orientation vers le déchocage. En effet, sur l'échantillon des 115 patients qui nous a intéressé, seulement 4 scores NEWS ont été calculés par l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA). Aucun score Quick SOFA n'a au final été calculé par le médecin, mais on note tout de même que le praticien utilise probablement cet algorithme car les constantes du patient sont retranscrites dans l'observation médicale. Toutefois, 27 scores NEWS et 19 scores Quick SOFA n'ont pu être calculé à posteriori par manque de certaines constantes vitales nécessaires.

Quand on se focalise maintenant sur la répartition des différentes valeurs de chacun des scores en fonction de l'orientation du patient à la suite de sa prise en charge en SAUV les différents pics de valeurs varient. En se concentrant uniquement sur le résultat des scores NEWS et qSOFA des patients admis dans des services de réanimations médicales on remarque que leur répartition n'est pas homogène et on observe des pics pour certaines valeurs (cf graphiques ci-dessous).

a) Score NEWS

Comme présenté en dessous, ce graphique met en évidence la présence d'une majorité de valeurs situées au-dessus de 9. Ainsi, les patients admis en service de réanimation suite à leur passage en salle de déchocage se présentent aux urgences avec des résultats de ce score élevés. Avec notamment deux pics de valeurs observés qui se situent à 11 et 14.



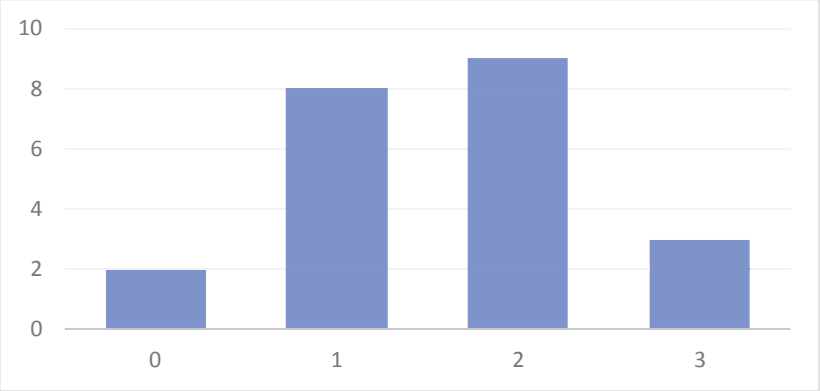
Scores de NEWS (nombre en ordonné / résultat du score en abscisse) des patients admis en réanimation (tous services confondus)

Si on se focalise sur les services de réanimations médicales de l'hôpital l'Archet 2 et celui de la clinique Les Sources (deux principaux services concernés par l'orientation des patients réanimatoires), les résultats de ce score ne suivent pas la même représentation puisque pour le

premier, le pic de valeur se situe à un score News égal à 14, mais pour le deuxième un score avec 2 pics ; le premier à 3 (expliquant le pic sur le graphique ci-dessus) et le second à 11.

b) Score qSOFA

Ce graphique présenté ci-dessous, nous permet de voir que les principaux résultats de ce score sont 1 et 2. Donc, une partie des patients admis en service de réanimation après leur passage en SAUV n'avait a priori pas de critère significatif pouvant prédire une issue défavorable au moment de leur prise en charge initiale.



Score Quick SOFA (nombre en ordonnée / résultat du score en abscisse) des patients admis en réanimation (tous services confondus)

De la même façon que pour le score de NEWS, lorsqu'on regarde de plus près ce score pour les patients transférés en réanimation médicale de l'Archet et ceux transférés à la clinique Les Sources, les résultats du score varient. Pour le premier service, les valeurs du score relevées sont toutes supérieures ou égales à 2. Pour le second service, les valeurs n'atteignent jamais 3.

2. Focus sur les patients pris en charge en réanimation médicale au CHU l'Archet II

Nous avons étudié dans cette partie, l'ensemble des dossiers des patients transférés en réanimation médicale de l'hôpital de l'Archet (8 patients) suite à leur prise en charge en salle de déchocage sur la période que nous avons étudiée. Nous avons relevé les données suivantes : les motifs d'entrée en réanimation, les thérapeutiques poursuivies et/ou introduites à l'arrivée de ces patients dans le service, le diagnostic final retenu par les réanimateurs du service, l'orientation de ces patients suite à leur hospitalisation et nous avons fait le point sur leur survie à 3 jours de leur arrivée en réanimation.

Si nous reprenons chaque point de ce recueil, les deux principales causes d'admission en réanimation dans notre échantillon sont le sepsis sévère et la dyspnée. Nous avons remarqué que les thérapeutiques mises en place dans ce service étaient tout d'abord dans la continuité de celles initiées aux urgences ; avec la poursuite d'un remplissage, l'administration d'une antibiothérapie et d'un support hémodynamique par Noradrénaline. Nous avons remarqué que les thérapeutiques utilisées ensuite sont plus spécifiques (dialyse pour 3 patients, lavage broncho-alvéolaire par fibroscopie bronchique, séances de décubitus ventral) et/ou demandent une surveillance rapprochée du patient (Concentré de globules rouges (CGR), thrombolyse).

Pour ce qui est du diagnostic final retenu à la sortie de ces huit patients ; sept diagnostics de sepsis ont été posés, contre un diagnostic de choc cardiogénique. En ce qui concerne le devenir de chacun des huit patients ; 50% sont décédés (4 patients), les autres sont sorties en services de médecine (Hématologie, gériatrie et infectiologie). Si on se focalise sur les 4 patients décédés, 3 d'entre eux l'ont été seulement dans les 72 premières heures. Pour le dernier, son décès est survenu après 7 jours de réanimation.

D'autre part, en regardant les scores de NEWS et qSOFA pour ces 8 patients, on remarque à nouveau la corrélation entre score élevé et risque de décès ; En effet, les 4 patients décédés dans le service avaient des scores NEWS variant entre 9 et 14 et des valeurs du score qSOFA de 2 ou 3 lors de leur prise en charge initiale aux urgences de l'hôpital Pasteur 2. A l'opposé, les patients sorties de réanimation et transférés au final dans un service de médecine avaient un score NEWS entre 5 et 12 et un score qSOFA entre 1 et 2.

IV. DISCUSSION

Par l'intermédiaire de ce travail, nous avons montré que l'attitude adoptée par les urgentistes face à ces patients atteints d'un cancer présentant des situations de décompensations aiguës et graves nécessitant une prise en charge en salle de déchocage à l'hôpital Pasteur 2 suit un schéma consensuel tacite face à une décision de réanimation ou non. En effet, ces résultats sont en faveur de la tendance des travaux réalisés précédemment, travaux à la suite desquels on pouvait conclure à un accord sur une réanimation d'attente permettant d'obtenir toutes les données nécessaires à la prise de décision dans cette situation complexe.

Cette tendance à la réanimation d'attente est également illustrée par le fait que la durée de prise en charge initiale en SAUV des patients relevant au final des soins de conforts (hospitalisés dans le service d'UCSU) s'élève à un maximum de onze heures avec une durée moyenne de six heures. Ce temps de passage important en box de déchocage traduit ces circonstances difficiles dans la prise d'une telle décision. De plus, étant donné la survie retrouvée pour les patients transférés dans le service de réanimation médicale de l'hôpital l'Archet, qui pour mémoire est de 50%, nous pouvons penser qu'il est important de se laisser du temps pour prendre une décision quant au devenir de ces patients.

A. Objectif principal

Concernant l'objectif principal, les résultats s'interprètent selon si le patient est étiqueté antérieurement comme relevant des soins palliatifs ou non. En effet, dans le cas d'une prise en charge palliative les soins initiaux sont limités et le devenir de ces patients est le plus souvent un accompagnement dans le service d'UCSU avec des soins de confort pour la majorité. En revanche, pour les patients non palliatifs, des traitements lourds et parfois invasifs sont pratiqués, et l'orientation de ces derniers concerne principalement les services de médecines et de réanimations (tous services confondus).

Un point important concerne le type de cancer rencontré dans notre population d'étude. Notre échantillon montrait que pour les patients admis en SAUV pour une décompensation aiguë et grave de leur pathologie néoplasique, le cancer du poumon était le plus fréquent. On voit ici que nos résultats sont en accord avec les données de la littérature puisque nous avions retrouvé que sur l'année 2018 notamment les néoplasies pulmonaires constituaient la majorité des tumeurs au pronostic dégradé.

Il nous a paru intéressant de se pencher ici sur les pathologies rencontrées chez les patients de notre échantillon et notamment ceux pour lesquels une prise en charge maximaliste c'est-à-dire réanimatoire a été initiée. Pour rappel, dans la littérature les deux principales causes d'admission en réanimation sont d'abord le sepsis sévère puis la détresse respiratoire. Dans nos résultats on retrouve ces mêmes principaux motifs d'hospitalisation dans le service de réanimation médicale de l'hôpital l'Archet 2. Cette concordance avec la littérature appuie à nouveau l'intérêt de notre travail. De plus, les diagnostics finaux retenus pour ces patients sont principalement, dans l'ordre croissant, pneumopathie, sepsis et enfin sepsis sévère. On remarque que le risque infectieux est donc majeur chez ces patients admis pour une décompensation de leur pathologie néoplasique, ce qui doit nous conforter dans l'intérêt majeur de l'utilisation des scores pronostiques pour l'orientation de ces patients et sur l'importance de l'introduction rapide d'une antibiothérapie au moment de leur prise en charge en salle de déchocage.

B. Objectifs secondaires

Concernant justement un des objectifs secondaires qui étaient de faire l'état des lieux sur l'utilisation des scores pronostiques dans le cadre de ces patients, on a pu se rendre compte que dans notre pratique quotidienne nous n'utilisons que très peu le calcul de ces scores d'orientation et pronostique NEWS et qSOFA. En effet, notre travail a mis en évidence la quasi-absence de leur calcul pour guider la prise en charge à venir. Ce qui paraît étonnant quand on sait que le QSOFA est validé pour identifier le risque de mortalité d'un patient dans le cadre d'un sepsis, première cause d'entrée en réanimation dans la littérature et dans notre travail. Au sujet du score NEWS, une étude avait même démontré que celui-ci était plus performant que le QSOFA pour prédire la survenue d'une infection grave. Nous avons également remarqué dans ce travail que quelques patients avaient été transférés secondairement d'une zone médicale vers la salle de déchocage, sur une dégradation clinico-biologique parfois mais également par mauvaise orientation avec simplement les paramètres initiaux et la clinique une fois arrivé en zone. Cette dernière raison évoquée expose probablement à une perte de chance pour le patient quand on sait la gravité fréquente de leur décompensation lors de leur passage aux urgences, et insiste à nouveau sur la nécessité d'un calcul systématique du score NEWS par l'infirmière ou le médecin d'accueil.

De plus, notre travail souligne également que des scores élevés à l'admission en SAUV chez ces patients est en lien direct avec une admission en réanimation et un taux de mortalité très élevé dans les 72 premières heures. A noter que, comme signalé dans la partie résultats, certains patients avec des scores de NEWS relativement bas (pic du score à 3 dans le graphique « Score de NEWS » partie C. 1. a)) ont été admis dans le service de réanimation de la clinique Les Sources. Ces résultats semblent paradoxaux avec ceux cités pour la réanimation médicale du CHU à l'Archet II, mais cette réanimation est particulière car permet notamment l'admission d'une population de patients gériatriques lourds et probablement difficilement « hospitalisable » dans un service de réanimation médicale classique, pour qui on le sait les places deviennent chères actuellement. Des travaux complémentaires basés sur cet objectif principal semblent donc indispensable pour étayer cette hypothèse concernant ces scores.

Si on poursuit l'analyse de notre travail, et notamment sur la pertinence de la prise en charge initiale réalisée en SAUV chez ces patients atteints d'un cancer, nous avons pu remarquer lors de l'analyse de notre recueil de données plusieurs situations discordantes. Nous avions noté que la prise en charge de certains patients pour qui une limitation thérapeutique avec soins de confort était décidée, avaient quand même bénéficiés de traitements plutôt lourds comme par exemple des séances de VNI. Ce traitement a peut-être été utilisé comme ultime recours ou traitement de dernière chance, même s'il paraît difficilement utilisable dans des soins de confort car considéré comme un traitement semi-invasif ne participant pas à de l'accompagnement. Un autre exemple peut-être à l'origine de discussions, avec certains patients admis en SAUV alors que leurs scores à l'arrivée aux urgences sont d'emblée de mauvais pronostiques. On peut se poser ici la question de l'intérêt d'une prise en charge en box de déchoquage pour ces patients au vu de nos résultats en faveur d'une forte limitation des soins et surtout d'une mortalité élevée des patients hospitalisés en réanimation. Il apparait complexe d'envisager une prise en charge globale en zone médico-chirurgicale (MCT) quand on sait l'intensité et la charge de travail de ce secteur des urgences et la complexité de l'approche pour arriver à réunir toutes les informations dans la prise de décision pour ces patients. En effet, cela semble tout de même plus judicieux, si toutefois la situation du déchoquage le permet, de les prendre

en charge dans ce secteur initialement afin de faire le point et pouvoir statuer en présence de tous les éléments entrant en considération.

Ce sujet nous amène à deux problématiques rencontrées localement par les urgentistes du CHU de Nice. En effet, nous rappelons ici l'organisation triangulaire avec des différentes localisations pour le SAU de l'hôpital Pasteur 2, le service de de réanimation médicale sur l'hôpital l'Archet 2 notamment et le Centre Antoine Lacassagne (Fondation à but non lucratif de prise en charge des pathologies cancéreuses) situé en dehors du site de Pasteur, mais également l'absence de dossier partagé entre ces différentes structures. Ces deux points sont probablement en lien avec des difficultés dans le recueil des informations indispensable à la prise de décision en urgence pour ces patients. Ne pourrions-nous pas donner des soins plus adaptés et éviter d'être invasif initialement dans certaines situations si nous avions un dossier transversal pour les patients ayant un antécédent de néoplasie et qui ont été suivis au CAL. Cette première piste d'amélioration pourrait être associée à la rédaction d'un protocole de service qui pourrait guider les médecins urgentistes, rédigé de façon collégiale par chaque membre du trio lors de staff régulier par exemple. On pourrait également penser compléter les connaissances des urgentistes sur les différents cancers et les chances de survie en fonction de leur stade avec la mise en place de formations courtes et régulières étant donné les avancées continues dans ce domaine. Ces trois idées pourraient être des pistes à envisager lors de travaux afin d'améliorer la pratique quotidienne des médecins urgentistes concernant ces patients.

C. Autres biais

Notre discussion se termine par l'évaluation des potentiels biais autres probablement rencontrés dans notre travail. Le premier correspond aux données manquantes. Nous nous sommes rendu compte que des constantes vitales n'étaient pas retranscrites dans le dossier, ne permettant pas le calcul des deux scores pronostiques. De plus, certaines observations médicales sont très succinctes ce qui nous fait penser à la possibilité de données manquantes et à une perte d'information déterminante en ce qui concerne les thérapeutiques utilisées ou encore le prise en compte d'un avis spécialiste dans la décision de soins. En effet, il est vrai que dans ces situations d'urgence vitale il n'est pas toujours aisé de remplir un dossier de manière exhaustive, avec par exemple des prescriptions orales de médicaments décidées le médecin, même si l'infirmière peut laisser une trace des gestes effectués.

Nous pouvons aussi considérer que le nombre de patients recueillis au final dans ce travail est faible pour pouvoir ressortir des conclusions solides mais l'objectif principal était descriptif avec une analyse sur une année entière et nos résultats sont en corrélation avec ceux retrouvés dans la littérature. En revanche le nombre insuffisant de patients admis dans le service de réanimation médicale (objectif secondaire) est clairement un frein à l'étude de survie de ceux-ci. Il nous semble donc judicieux de réaliser une étude supplémentaire recueillant plus de patients, ce qui nous amènerait à être plus précis et nous permettre d'établir une relation de cause à effet entre les scores NEWS et qSOFA élevés à l'arrivée du patient en SAUV et la survie en réanimation médicale notamment.

V. CONCLUSION

Ce travail a permis de montrer que les médecins urgentistes avaient un raisonnement globalement commun devant l'attitude à adopter face à la prise en charge d'une décompensation aiguë et grave en SAUV concernant un patient atteint d'un cancer. Ce raisonnement suit les données de la littérature qui préconisent, sans recommandations des sociétés savantes, une réanimation d'attente en cas de situation complexe et pouvant faire penser à une probable amélioration secondaire en cas de soins de réanimations apportés à ces patients.

Pour ces patients (115 inclus dans ce travail), les motifs d'admissions en salle de déchoquage sont principalement une dyspnée, une hyperthermie et une altération de l'état général. Au final, la majorité des diagnostics retenus sont des pneumopathies, des sepsis et sepsis sévères, conduisant à une prise en charge en réanimation pour environs un quart d'entre eux (24 patients sur 90 non en soins palliatifs) avec un risque de décès de 50% principalement dans les 3 jours du début de leurs prise en charge. L'étiologie infectieuse ressort comme la principale cause responsable de décompensation des pathologies cancéreuses, avec l'utilisation d'une antibiothérapie dans la majorité des cas.

Les scores pronostiques de type NEWS et qSOFA sont aujourd'hui recommandés et indispensables à la prise en charge des patients en zone d'accueil des services d'urgences, et semblent transposables lors de la prise en charges des patients atteints d'un cancer lors d'une décompensation aigue, afin d'orienter la décision thérapeutique vers des soins de réanimation ou la réalisation de soins de conforts.

La création d'un dossier transversal incluant le stade oncologique du patient accessible aux urgentistes (acteur principal dans la phase aigüe grave) et d'un protocole de service pour ces patients atteints d'un cancer admis en SAUV apparaît indéniable. Cela pourrait faire l'objet d'une formation continue sur ce sujet. Ces pistes d'améliorations sont à proposer aux différents acteurs de la prise en charge de ces patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Données globales d'épidémiologie des cancers - Epidémiologie des cancers [Internet]. [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Donnees-globales

2. von Bergwelt-Baildon M, Hallek MJ, Shimabukuro-Vornhagen AA, Kochanek M. CCC meets ICU: redefining the role of critical care of cancer patients. BMC Cancer. 8 nov 2010;10:612.

3. Soubani AO, Shehada E, Chen W, Smith D. The outcome of cancer patients with acute respiratory distress syndrome. J Crit Care. févr 2014;29(1):183.e7-183.e12.

4. Soares M, Caruso P, Silva E, Teles JMM, Lobo SMA, Friedman G, et al. Characteristics and outcomes of patients with cancer requiring admission to intensive care units: a prospective multicenter study. Crit Care Med. janv 2010;38(1):9- 15.

5. Toffart A-C, Sakhri L, Potton L, Minet C, Guillem P, Schwebel C, et al. Admission en réanimation pour les cancers du poumon: quels patients pour quels bénéfices ? Réanimation. 1 janv 2013;22(1):54- 61.

6. Programme 2019 J1 A1 [Internet]. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: http://copacamu.com/3446-programme-2019-j1-a1/281-jeudi-21-mars-2019-amphithtre-1

7. <title>Programme Médecins / Urgences 2020 - Le Congrès de la Médecine d'Urgence - 10 au 12 juin 2020 - Paris</title> [Internet]. Urgences 2020 - Le Congrès des Urgences. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: https://www.urgences-lecongres.org

8. Liste des Diplômes Interuniversitaires (D.I.U.) / Formation médicale continue / Formations / Accueil - Faculté de Médecine de Strasbourg [Internet]. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: http://med.unistra.fr/eng/Formations/Formation-medicale-continue/Liste-des-Diplomes-Interuniversitaires-D.I.U.

9. Dumont R, Asehnoune K, Pouplin L, Volteau C, Simonneau F, Lejus C. Limitation ou arrêt de thérapeutiques actives en situations d'urgence. Le point de vue des anesthésistes réanimateurs. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 1 juin 2010;29(6):425- 30.

10. Kim K, Chakravarthy B, Anderson C, Liao S. To Intubate or Not to Intubate: Emergency Medicine Physicians' Perspective on Intubating Critically Ill, Terminal Cancer Patients. J Pain Symptom Manage. 2017;54(5):654-660.e1.

11. Rosolem MM, Rabello LSCF, Lisboa T, Caruso P, Costa RT, Leal JVR, et al. Critically ill patients with cancer and sepsis: clinical course and prognostic factors. J Crit Care. juin 2012;27(3):301- 7.

12. Xia R, Wang D. Intensive care unit prognostic factors in critically ill patients with advanced solid tumors: a 3-year retrospective study. BMC Cancer. 5 mars 2016;16:188.

13. Azoulay E, Soares M, Darmon M, Benoit D, Pastores S, Afessa B. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. Ann Intensive Care. 23 mars 2011;1(1):5.

14. Lengline É, Darmon M, Azoulay É, Le Gall J-R. Réanimation des patients d'onco-hématologie : nouvelles thérapeutiques, nouvelles complications, nouveaux contrats d'admission. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 févr 2015;199(2):293- 312.

15. Feral-Pierssens A-L, Boulain T, Carpentier F, Le Borgne P, Del Nista D, Potel G, et al. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. Ann Fr Med Urgence. août 2018;8(4):246- 51.

16. Aygencel G, Turkoglu M, Turkoz Sucak G, Benekli M. Prognostic factors in critically ill cancer patients admitted to the intensive care unit. J Crit Care. août 2014;29(4):618- 26.

17. Sculier J-P, Berghmans T, Meert A-P. Les indications et les résultats des soins intensifs chez les patients atteints de cancer bronchique. Revue des Maladies Respiratoires. 1 oct 2007;24(8, Part 2):114- 9.

18. Netgen. L'admission en réanimation des patients avec néoplasie de mauvais pronostic [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2020 [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-45/30808

19. Lind ML, Phipps AI, Mooney S, Liu C, Fohner A, Patel K, et al. Predictive value of three clinical criteria for sepsis (qSOFA, SIRS, and NEWS) with respect to short-term mortality in allogeneic hematopoietic cell transplant recipients with suspected infections. Clin Infect Dis. 4 mars 2020;

20. Classé P le 19/04/2018 dans N. Limitations et arrêt des traitements en urgence, un texte co-écrit par la SRLF et la SFMU. [Internet]. SRLF. 2018 [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: https://www.srlf.org/limitations-et-arret-des-traitements-en-urgence-un-texte-co-ecrit-par-la-srlf-et-la-sfmu/

21. Effets secondaires - Radiothérapie [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Radiotherapie/Effets-secondaires

22. Les effets secondaires | Fondation contre le Cancer [Internet]. [cité 10 mars 2020]. Disponible sur: https://www.cancer.be/le-cancer/jeunes-et-cancer/les-effets-secondaires

ANNEXES

Annexe 1 : Score APACHE II

APACHE II scoring system									
A - Physiology Score (APS)									
Parameter	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Rectal temperature [°C]	>= 41	39 - 40,9		38,5 - 38,9	36 - 38,4	34 - 35,9	32 - 33,9	30 - 31,9	<= 29,9
MAP [mmHg]	>= 160	130 - 159	110 - 129		70 - 109		50 - 69		<= 49
Heart rate [min-1]	>= 180	140 - 179	110 - 139		70 - 109		55 - 69	40 - 54	<= 39
Ventilation rate [min-1]*	>= 50	35 - 49		25 - 34	12 - 24	10 - 11	6 - 9		<= 5
Oxygenation [mmHg]									
FiO_2 >= 0,5 A-aDO_2	>= 500	350 - 499	200 - 349		< 200				
FiO_2 < 0,5 PaO_2					> 70	61 - 70		55 - 60	< 55
Arterial pH	>= 7,7	7,6 - 7,69		7,5 - 7,59	7,33 - 7,49		7,25 - 7,32	7,15 - 7,24	< 7,15
Serum Sodium [mmol/l]	>= 180	160 - 179	155 - 159	150 - 154	130 - 149		120 - 129	111 - 119	<= 110
Serum Potassium [mmol/l]	>= 7	6 - 6,9		5,5 - 5,9	3,5 - 5,4	3 - 3,4	2,5 - 2,9		< 2,5
Serum Creatinine [mg/dl]**	>= 3,5	2 - 3,4	1,5 - 1,9		0,6 - 1,4		< 0,6		
Hematocrit [%]	>= 60		50 - 59,9	46 - 49,9	30 - 45,9		20 - 29,9		< 20
WBC [t/mm^3]	>= 40		20 - 39,9	15 - 19,9	3 - 14,9		1 - 2,9		< 1
HCO_3-venous [mmol/l]***	>= 52	41 - 51,9		32 - 40,9	22 - 31,9		18 - 21,9	15 - 17,9	< 15
Glasgow-Coma-Scale	Score = 15 minus actuel Glasgow-Coma-Scale								
* non-ventilated or ventilated									
** score points doubled for acute renal failure									
*** missing blood gas analysis									

B - Age points	
age	points
<= 44	0
45 - 54	2
55 - 64	3
65 - 74	5
>= 75	6

APACHE II Score	
Sum of	
	A + B + C
APS-Score	A
Age points	B
Chronic points	C
Total APACHE II	

C - Chronic Health points	
If the patient has a history of severe organ system insufficiency or is immuno-commpromised assign points as follows	
a) non-operative or emergency postoperative patients	5 points
b) elective postoperative patients	2 points
Definition of severe organic and immune deficiency	
Liver	- Biopsy proven cirrhosis and documented portal hypertension
	- Episodes of past upper GI bleeding at attributed to portal hypertension
	- Proir episodes of hepatic failure / encephalopathy / hepatic coma
Cardiovascular	- Chronic heart failure NYHA IV
Respiratory	- Chronic restrictive, obstructive or vascular disease
	- Documented chronic hypoxia, hypercapnia, secondary polycythemia
	- Severe pulmonary hypertension (> 40 mmHg)
	- Respirator dependency
Kidney	- Receiving chronic dialysis
Immuno-compromised	- Therapeutic immune suppression
	- Chemotherapy, radiation
	- Long-term or recent high dose steroids
	- Leukemia, lymphoma, AIDS

Annexe 2 : Score SOFA

	Score				
	0	1	2	3	4
Respiratory system					
PaO_2/FiO_2 (mmHg)	≥400	<400	<300	<200 with respiratory support	<100 with respiratory support
Hepatic system					
Bilirubin (mg/dL)	<1.2	1.2–1.9	2.0–5.9	6.0–11.9	>12.0
Cardiovascular system					
	MAP ≥70 mmHg	MAP <70 mmHg	Dopamine <5 or dobutamine (any dose)[a]	Dopamine 5.1–15 or epinephrine ≤0.1 or norepinephrine ≤0.1[a]	Dopamine >15 or epinephrine >0.1 or norepinephrine >0.1[a]
Coagulation					
Platelets $\times 10^3/\mu L$	≥150	<150	<100	<50	<20
Central nervous system					
Glasgow coma scale	15	13–14	10–12	6–9	<6
Renal system					
Creatinine (mg/dL)	<1.2	1.2–1.9	2.0–3.4	3.5–4.9	>5.0
Urine output (mL/d)				<500	<200

Notes: [a]All catecholamine doses represent µg/kg/min. Organ dysfunction is identified as an increase in the SOFA score of ≥2 points. In patients with not known preexisting organ dysfunction, the baseline SOFA score is assumed to be zero. *Intensive Care Med*. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. 22(7), 1996, 707–710, Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al. With permission of Springer.[17]

Abbreviations: PaO_2, partial pressure of oxygen; FiO_2, fraction of inspired oxygen; MAP, mean arterial pressure.

Annexe 3 : Score News

Physiological Parameters	3	2	1	0	1	2	3
Respiration Rate (BPM)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Oxygen Saturations (%)	≤91	92-93	94-95	≥96			
Any Supplemental Oxygen		Yes		No			
Temperature (°C)	≤35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Systolic Blood Pressure (mmHg)	≤90	19-100	101-110	111-219			≥220
Heart Rate (BPM)	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Level of Consciousness				A			V, P or U

The NEWS trigger system aligned to the scale of clinical risk.

NEWS Scores	Clinical Risk
0 Aggregate 1 - 4	Low
RED Score* (Individual parameter scoring 3) Aggregate 5 - 6	Medium
Aggregate 7 or more	High

Annexe 4 : Score quick-SOFA

qSOFA	
RR > 22bpm sBP < 100mmHg Altered GCS	0 = Mortality < 1% 1 = Mortality 2-3% ≥2 = Mortality ≥10%
Screening for outcome rather than diagnosis	

Annexe 5 : Feuilles de LATA mise à disposition dans le SAU à Nice

Fiche de décision de limitation ou d'arrêt des traitements – **SRUV**

version 14 septembre 2016

Intervenants de la réflexion collégiale

Fonction	Identification	Fonction	Identification

NB 1 : intervenants indispensables si présents : Médecin, Interne, Infirmier(e) et aide-soignant en charge du patient
NB 2 : au moins deux médecins séniors intervenants de la réflexion

Contexte clinique

ATCD évolutifs et pertinents

Motif d'hospitalisation et contexte

Autonomie (physique et mentale)

Défaillance(s) d'organe(s)

- ❑ Respiratoire avec Ventilation artificielle
- ❑ Neurologique
- ❑ Hépatique
- ❑ Circulatoire avec vasopresseurs
- ❑ Rénale
- ❑ Hématologique

Eléments de réflexion vis-à-vis d'une limitation des traitements selon l'équipe de réanimation

- ❑ il n'existe plus de stratégie curative possible
- ❑ aucun renseignement/examen supplémentaire indispensable à la réflexion
- ❑ l'âge est particulièrement avancé
- ❑ autonomie antérieure à l'hospitalisation limitée
- ❑ souffrance physique du patient incontrôlable
- ❑ prise en charge considérée par les proches comme acharnement thérapeutique
- ❑ délai d'action suffisant pour juger de la stratégie en cours
- ❑ le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme
- ❑ qualité de vie relationnelle future très limitée
- ❑ autonomie fonctionnelle future très limitée
- ❑ souffrance morale du patient incontrôlable
- ❑ refus de soins clairement exprimé par le patient (incluant les directives anticipées)

Niveau de consensus

Consensus au sein de l'équipe concernant la stratégie proposée (voir ci-dessous) : OUI / NON

Implication des proches dans la réflexion : OUI / NON Implication du patient dans la réflexion : OUI / NON

Commentaires :

DECISION COLLEGIALE

❑ Engagement thérapeutique maximal

❑ Limitation des traitements **❑ Arrêt des traitements**

→ modalités de limitation / arrêt

Abord VAS ❑ Intubation OUI / NON ❑ Extubation OUI/NON/NA

Ventilation ❑ poursuite ❑ limitée (VT = ml, FiO2= %, PEP= cmH20) ❑ Arrêt (Nez artif.)

Hémodyn. ❑ non limitée ❑ limitée : remplissage OUI/NON catécholamines OUI/NON détail .....

Transfusion OUI/NON – Chirurgie OUI/NON/NA – Antibiothérapie OUI/NON/NA – Réanimation ACR OUI/NON

Sédation de confort OUI/NON (molécule et posologie) :

Coordination prélèvement d'organes informé OUI/NON, si non, justification :

Etiquette Patient

Date, nom et signature du médecin responsable :