

13^{ème} Rencontre sur les urgences et complications sévères chez le patient cancéreux

J.-P. Sculier

Service des Soins Intensifs et Urgences Oncologiques & Oncologie Thoracique,
Institut Jules Bordet

La 13^{ème} Rencontre sur les urgences et complications sévères chez le patient cancéreux s'est tenue le samedi 20 octobre 2012 à Bruxelles à l'Institut Jules Bordet. Selon la formule devenue habituelle, elle consistait en une séance thématique le matin et une table ronde sur un sujet éthique l'après-midi.

La séance thématique avait comme thème " Nutrition, cancer et soins intensifs ". Elle était présidée par les Drs Anne-Pascale Meert (Institut Jules Bordet) et Dominique Benoit (Universitair Ziekenhuis, Gand). Après une brève introduction par le Pr Jean-Paul Sculier, le premier exposé donné par le Dr Emmanuel Toussaint (Institut Jules Bordet) avait pour objet la dénutrition du cancéreux. On considère qu'environ 40 % des patients hospitalisés avec un cancer ont un problème nutritionnel. La perte pondérale s'avère être un facteur indépendant de mauvais pronostic. Il est actuellement recommandé d'intervenir à toutes phases de la maladie pour éviter ou retarder l'installation d'une cachexie. La nutrition se fera de préférence par voie naturelle. La seconde intervention a été faite par le Dr Jean-Charles Preiser (Hôpital Erasme), sur la dénutrition en réanimation. Après avoir rappelé les grandes causes de sous-nutrition à l'hôpital (non seulement liées à la maladie mais également aux traitements et examens complémentaires), le présentateur a expliqué les mécanismes de l'augmentation des dépenses énergétiques chez le patient de réanimation en rapport avec une augmentation de la consommation du glucose, une mobilisation des réserves énergétiques endogènes, l'apparition d'une insulino-résistance, une perte de la masse musculaire. Dans le suivi à long terme, une des conséquences du séjour en soins intensifs est le développement d'une sarcopénie (perte musculaire) qui peut laisser des séquelles invalidantes et qu'il conviendra de prendre en charge. L'exposé suivant fait par le Dr Bruno Raynard (Villejuif, France) envisageait le type d'alimentation à administrer, à savoir par voie orale, par voie intraveineuse, par une combinaison des deux. La nutrition entérale doit être privilégiée et la parentérale réservée aux indications absolues dues à des lésions majeures du tube digestif (comme un syndrome du grêle court), une carcinomatose péritonéale avec

syndrome occlusif, l'échec d'une nutrition entérale bien conduite ou encore des complications postopératoires digestives de type fistule ou abcès. L'orateur a fort insisté sur l'importance de l'évaluation nutritionnelle avant traitement. Contrairement à l'alimentation parentérale, l'alimentation entérale n'est pas toujours simple à administrer. En réanimation, sauf en cas de dénutrition sévère préexistante, on commencera toujours par la voie orale (sauf contre-indication médicale), ne considérant un complément par la voie intraveineuse qu'en cas d'échec après quelques jours de tentative d'alimentation entérale. La quatrième intervention à propos de " l'impact des insuffisances organiques " a été réalisée par le Dr Marianna Arvanitaki (Hôpital Erasme). Elle a successivement envisagé le SDRA (syndrome de détresse respiratoire aiguë) où l'alimentation entérale est recommandée en évitant les diètes trop riches en lipides, l'insuffisance rénale aiguë pour laquelle une restriction protéique sera instaurée sauf en cas d'épuration extrarénale où les apports seront accrus, l'insuffisance hépatique aiguë où les apports protéiques seront augmentés et, en cas d'encéphalopathie, enrichis en acides aminés branchés. Une alimentation entérale enrichie en glutamine, acide aminé essentiel, n'a pas d'utilité démontrée. La séance thématique s'est terminée par la présentation interactive de deux cas cliniques. Le Dr Jacques Devriendt (Hôpital Brugmann) a rapporté l'histoire d'une patiente atteinte d'une leucémie aiguë promyélocytaire qui a dû être ventilée pendant 65 jours suite à un choc septique survenu au cours de son deuxième cycle de chimiothérapie. La patiente, en rémission complète de son hémopathie, a dû suivre une revalidation neurologique de plusieurs mois avec un amaigrissement majeur. Le deuxième cas, présenté par les présidents de séance, concernait un syndrome de défaillance multiviscérale compliquant un choc septique chez un malade avec un lymphome. Cette histoire a permis de discuter de la valeur des recommandations de pratique clinique disponibles et de l'inefficacité de l'immunonutrition.

La table ronde, sous la présidence des Prs Jean-Paul Sculier (Institut Jules Bordet) et Jean-Jacques Lafitte (Hôpital Calmette, Lille), était

consacrée à un sujet d'actualité, les fraudes dans la littérature médicale. Le Dr Thierry Berghmans a illustré le problème en racontant l'histoire d'une fraude commise dans le domaine des extenseurs utilisés en réanimation par un anesthésiste allemand, Joachim Boldt. La découverte de cette fraude a abouti à la rétraction de 89 articles mais les revues et méta-analyses ayant incorporé ces travaux n'ont pas été invalidées, ce qui biaise la littérature médicale. Le Dr Pierre-François Dequin (Tours, France) a revu avec des exemples les différents types de fraudes possibles : falsification des données, invention de données, distorsion (embellissement) des données, plagiat, self-plagiat, fraudes aux auteurs. Il en a analysé les conséquences et les motivations et a décrit les types de fraudeurs. Marianne Paesmans (Institut Jules Bordet) a présenté les techniques de contrôle de qualité

des données pour dépister erreurs et fautes ainsi que les méthodes statistiques qui peuvent être utilisées, notamment par l'analyse de la distribution univariée des données. Arsène Burny, Professeur émérite à l'ULB, a parlé des aspects éthiques, l'éthique pouvant être définie comme un comportement qui est jugé bon par la société. Le Pr Hervé Maisonneuve (Paris, France) a décrit les conséquences de la fraude pour la presse médicale qui, en pratique, est assez désarmée. Une fraude concerne 2 à 3 % des articles publiés mais il semble que ce taux sous-estime fortement la réalité, la loi du silence régnant dans le milieu. Enfin, le Pr Elie Cogan (Hôpital Erasme) a abordé les conséquences professionnelles pour les fraudeurs, en partant de la création de l'ORI (*office of research integrity*) aux Etats-Unis jusqu'à la création à l'ULB du conseil à l'intégrité définissant règles et sanctions.

Savons-nous vraiment tout ce qu'il y a à savoir sur l'appendicite aiguë ? Discussion sur les possibilités thérapeutiques médicales de la pathologie au regard de la littérature*

B. Nebbot et A. Mehdi

Service de Chirurgie Digestive, H.I.S., Site Etterbeek-Ixelles

La douleur abdominale représente 10 % des consultations aux urgences. Le premier diagnostic chirurgical rencontré est l'appendicite aiguë. Nous savons que 7 % de la population générale en sera atteint au cours de sa vie, à un âge moyen de 31 ans et médian de 22 ans.

Les formes rares que sont l'appendicite du jeune enfant et celle du vieillard sont généralement les plus sévères, ces tranches d'âge présentant plus souvent des perforations appendiculaires¹.

La paternité du terme " appendicite " revient à Reginald Fitz, qui imputa pour la première fois en 1886 à l'appendice la responsabilité des infections sévères de la fosse iliaque droite. Il pratiqua plus de 200 interventions chirurgicales pour appendicite perforée, et décrivait dans ses travaux 67 % de mortalité sans intervention, le dernier tiers évoluant spontanément, selon ses séries autopsiques. Ces constatations furent confirmées par Charles Mc Burney en 1889, qui reconnaissait l'évolution spontanément favorable de certains cas, mais qui décrivait dans la plupart des cas un mécanisme obstructif à l'appendicite

aiguë, qui devait évoluer vers la perforation, la péritonite et le décès, justifiant l'appendicectomie précoce dans tous les cas^{1,2}. Ce sont les constatations de Mc Burney qui appuient encore aujourd'hui l'attitude largement répandue d'une intervention chirurgicale précoce.

Mais nombre de constatations d'ordre épidémiologique sont depuis venues appuyer la théorie de Fitz selon laquelle toutes les appendicites n'évoluaient pas vers la perforation. Tout d'abord, les rapports de l'armée américaine durant la guerre froide selon lesquels les marins embarqués dans les *U-Boats* et contractant une appendicite aiguë étaient tous traités par antibiotiques, et n'étaient opérés pour la plupart que plusieurs semaines plus tard, de retour à terre, sans rapporter le moindre cas de péritonite. Ensuite, plusieurs rapports épidémiologiques dans les années '90, montrant que d'une part si l'incidence de l'appendicite évolue avec l'âge, celle de l'appendicite perforée, elle, n'évolue pas, d'autre part que si les

* Compte rendu d'une interhospitalière de Chirurgie de l'A.M.U.B. - 23/05/2012 - H.I.S., Site Etterbeek-Ixelles - modérateurs : A. Mehdi, D. Thomas et B. Hanson.