

Gérer les défis uniques des patients atteints de cancers hématologiques

Victoria Korsos, Alla'a Ali, Doneal Thomas, Luca Petruccelli, Kelly Davison, Sarit Assouline, Chantal Cassis

INTRODUCTION

L'évolution clinique des patients en hématologie-oncologie diffère de celle des patients atteints de tumeurs malignes solides, car ceux-ci sont plus susceptibles de recevoir des traitements de maintien de la vie en fin de vie (FDV). Ces interventions sont généralement de nature agressive et peuvent réduire la qualité de vie des patients. En effet, il a été démontré que les indicateurs de qualité de FDV des patients présentant des hémopathies malignes se détérioraient davantage (Hui et al., Cancer 2014). Dans une étude ciblant les hématologues-oncologues, les indicateurs de fin de vie validés pour les patients en oncologie médicale et considérés comme significatifs pour les patients en hématologie-oncologie comprenaient notamment le fait de ne pas être admis en soins intensifs, d'avoir été intubé ou d'avoir reçu une réanimation cardio-respiratoire dans les 30 jours précédant le décès, de ne pas avoir reçu de chimiothérapie dans les 14 jours ou une transfusion sanguine dans les 7 jours précédant le décès, et d'être décédé à l'extérieur d'une unité de soins aigus (Odejide et al., JCO 2016). Le groupe d'Odejide a également constaté que les principaux obstacles signalés à la qualité des soins de fin de vie étaient les attentes irréalistes des patients, la préoccupation des cliniciens d'enlever toute forme d'espoir ou de perdre la confiance des patients ainsi que l'incertitude des cliniciens quant au pronostic. Il a été suggéré que les discussions autour du niveau d'intervention et des pronostics devraient informer les patients quant à la réalité de leur situation et que les médecins pouvaient ne pas être conscients de leurs propres attentes ou être moins disposés ou moins outillés pour partager les pronostics avec leurs patients. Dans cette optique, il a été démontré que les changements rapides et imprévisibles dans la trajectoire des patients en hématologie-oncologie compliquent la synchronisation des discussions sur la lettre d'intention et l'implication des soins palliatifs (SP) et que ces deux facteurs constituent à la fois un obstacle important à l'implication des SP, et une différence entre les habitudes de consultation des hématologues et des oncologues des tumeurs solides.

Une meilleure compréhension des facteurs uniques qui influencent l'expérience des patients en fin de vie en hématologie-oncologie, des obstacles aux consultations des SP et de la dynamique entre le pronostic et l'hématologue est essentielle. Dans ce but, nous avons procédé à une analyse rétrospective des dossiers des patients en hématologie-oncologie des hôpitaux partenaires du Réseau de cancérologie Rossy (RCR) afin d'étudier les trajectoires de fin de vie des patients atteints de malignités hématologiques en tenant compte des indicateurs de qualité de la fin de vie et de l'impact que pourraient avoir les discussions sur la lettre d'intention sur la participation des SP et les objectifs thérapeutiques du médecin.

OBJECTIFS

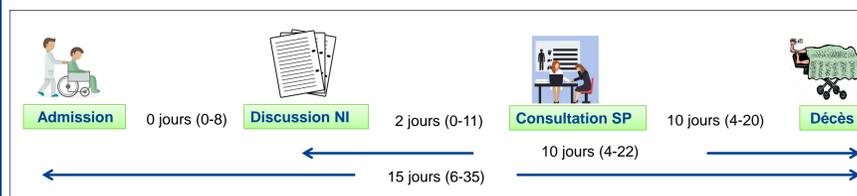
1. Décrire les données démographiques, la trajectoire et les objectifs du traitement établis par le médecin pour les patients et ce, à compter de leur admission finale à l'hôpital jusqu'à leur décès.
2. Mesurer le respect des indicateurs de qualité de fin de vie.
3. Mesurer l'impact de la participation aux soins palliatifs (SP), des discussions sur le niveau d'intervention (NI) et des objectifs du traitement établis par le médecin sur la performance des indicateurs de fin de vie.

MÉTHODES

À l'aide du registre du RCR, nous avons identifié les patients décédés d'hémopathies malignes entre avril 2014 et mars 2016 (n = 749) dans les trois hôpitaux participants de l'Université McGill. Les critères d'inclusion exigeaient que le patient soit atteint d'une malignité hématologique confirmée par une pathologie, soit traité dans un hôpital de l'Université McGill et que la cause du décès soit directement liée à la malignité ou à son traitement.

Nous avons donc effectué des analyses rétrospectives des dossiers pour délimiter les trajectoires des patients. Pour que le dossier soit considéré comme complet, il devait inclure : toutes les consultations en USI, en hématologie et aux soins palliatifs (SP), la lettre d'intention, les notes d'évolution, les résumés du congé, les ordonnances ainsi que le formulaire de décès. Nous avons déterminé la durée médiane entre la dernière hospitalisation et la discussion sur la lettre d'intention, la consultation des SP et le décès. De plus, nous avons mesuré la performance des six indicateurs sur les soins de fin de vie et nous avons évalué l'impact des objectifs du traitement, de l'intervention des soins palliatifs ainsi que des discussions précoces sur la lettre d'intention sur ces indicateurs. Les objectifs du traitement ont été classés sous trois volets : curatif, progression lente ou palliatif. Le test du chi carré a été utilisé pour évaluer l'impact des discussions des SP, des objectifs du traitement et de la lettre d'intention sur les indicateurs de qualité de fin de vie.

Résultats



Graphique 1: Trajectoire des patients, jours médians (25ème et 75ème centiles en jours)

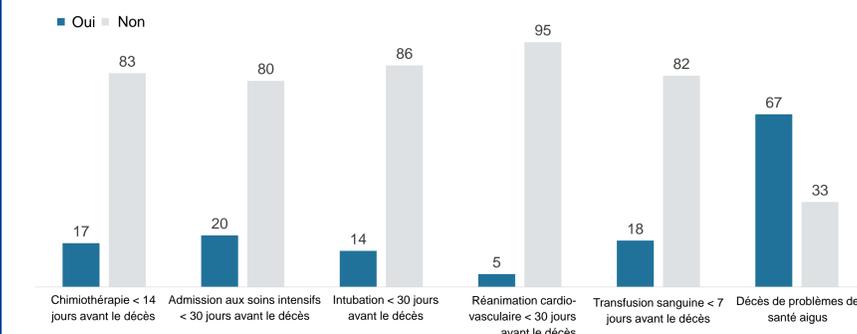
Table 1: Patient Demographics (n=322)

Diagnostic ^a	N	(%)
Nouveau	55	(17)
Connu	265	(83)
Type de diagnostic de cancer ^b		
Lymphome	132	(41)
Leucémie	110	(34)
Myélome	53	(17)
SDM	24	(8)
Patient Allogreffe		
Recevant Activement	7	(2)
Candidat	10	(3)
Déjà Reçu	23	(7)
Pas un Candidat	282	(88)

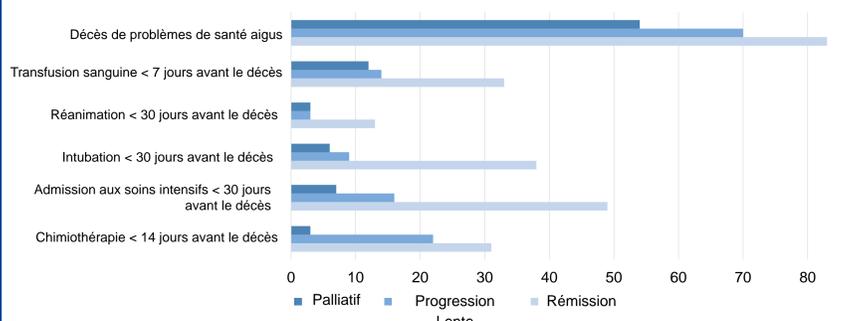
Table 2: Patient Care Characteristics (n=322)

Niveau d'Intervention	N	(%)
Palliatif	43	(14)
Traitement Médical	160	(51)
Réanimation	110	(35)
Objectif de la Thérapie		
Curatif	72	(22)
Progression Lente	130	(40)
Palliatif	120	(37)
Consultation Soins Palliatif		
Aucun	129	(40)
Avant	142	(44)
À l'Admission	51	(16)
Niveau d'Intervention Documenté		
Présumé	44	(14)
Avant	108	(34)
À l'Admission	169	(53)

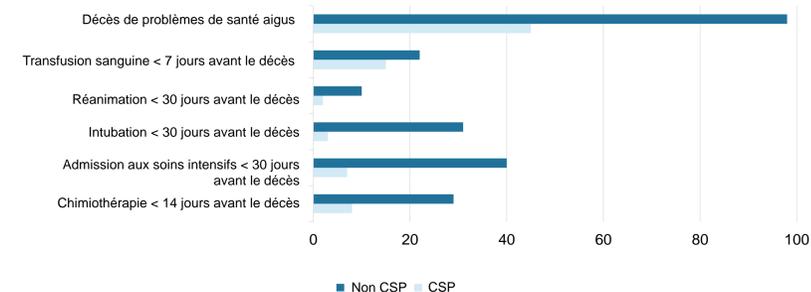
Les tableaux montrent le nombre (%)
^a2 patients avaient des données manquantes
^b3 patients avaient un "autre" diagnostic de cancer



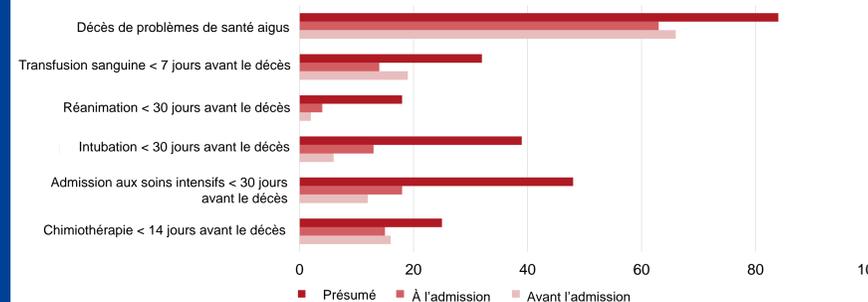
Graphique 2: Performance globale pour les indicateurs de fin de vie



Graphique 3: Performance pour les indicateurs de fin de vie en fonction des objectifs thérapeutiques



Graphique 4: Performance pour les indicateurs de fin de vie en fonction des consultations soins palliatif (CSP)



Graphique 5: Performance pour les indicateurs de fin de vie en fonction du niveau d'intervention

PRINCIPALES CONSTATIONS ET DIRECTION FUTURE

Trajectoire du patient

- Population hétérogène de patients - Seuls 38 % des patients ont considéré un traitement palliatif lors de la dernière hospitalisation. **Futur** → Déterminer les indicateurs de qualité spécifiques à la malignité en hématologie.
- La durée moyenne d'hospitalisation avant le décès était de 15 jours.

Indicateurs de qualité pour les soins en fin de vie

- Moins de 20 % des patients ont reçu un traitement de maintien de la vie, mais 66 % sont quand même décédés de problèmes aigus.
- Lorsqu'ils étaient classés par objectif de traitement, les patients dont le volet était curatif représentaient un nombre significatif d'interventions de maintien de la vie en fin de vie, qui englobaient plusieurs indicateurs.

Participation des SP et discussions sur la lettre d'intention

- Les CSP avant la dernière admission et le décès étaient respectivement de 17 % et 62 %.
- Le délai moyen d'implication des SP avant le décès était de 10 jours.
- La participation des SP est associée à une amélioration des performances des indicateurs de qualité de fin de vie.
- 29 % des patients ont eu une discussion à propos d'une lettre d'intention avant leur dernière admission.
- 14 % des patients avaient une lettre d'intention documentée comme étant présumée, mais aucune discussion n'avait eu lieu.
- Dans la majorité des cas, la discussion sur la lettre d'intention a eu lieu avant la consultation avec les SP.
- La lettre d'intention était associée à une amélioration de la performance des indicateurs de qualité de fin de vie.

- **Futur** → Explorez les déclencheurs spécifiques à l'hématologie pour les discussions sur la participation des SP et la lettre d'intention et développez des projets d'amélioration de la qualité en conséquence.

Objectifs du traitement

- Avoir une discussion sur les objectifs du traitement et comprendre les réels désirs du patient peuvent aider à dissiper l'incertitude clinique.
- **Futur** → Développer des projets d'amélioration de la qualité basés sur la thérapie dirigée par les objectifs du patient.