

**QUAND HOSPITALISER UN PATIENT CANCEREUX,  
QUAND LE MAINTENIR A DOMICILE.  
V.Mari - CAL**

L'hospitalisation est un moment à la fois, attendu et redouté par le patient cancéreux. Source de confort, elle permet une prise en charge spécifique dans un cadre rassurant, mais également source d'angoisse puisque synonyme d'isolement et de souffrance du fait de la maladie ou des traitements. Cette même ambivalence existe chez le médecin. Car si, dans quelques cas d'urgence médicale ou chirurgicale, l'hospitalisation ne se discute pas, la majorité des consultations auprès des patients cancéreux relèvent plus de problèmes organisationnels que médicaux objectifs.

### **CAUSES OBJECTIVES D'HOSPITALISATION**

Dans le cadre du suivi du patient cancéreux, le médecin sera confronté à un certain nombre de situations pouvant relever d'une hospitalisation soit en rapport avec l'évolution de la maladie soit en rapport avec des effets secondaires du traitement spécifique.

#### **A - Hospitalisations liées à une évolution de la maladie.**

##### **1-Apparition de signes respiratoires**

Dyspnée aiguë, elle peut être en rapport avec :

- une obstruction des VADS dans le cadre d'un cancer ORL avec nécessité de trachéotomie qui se fera en hospitalisation,
- une obstruction ou compression extrinsèque d'une bronche souche avec possible surinfection,
- un épanchement pleural dans le cadre d'une atteinte primitive ou métastatique : la ponction se fera généralement dans le cadre de l'hospitalisation de jour ; pour des ponctions récidivantes, l'indication d'un talcage en hospitalisation conventionnelle pourra être posée,
- une hémoptysie importante.

Devant une symptomatologie lentement évolutive sans geste interventionnel possible (notamment chez des patients en soins palliatifs), une prise en charge au domicile avec thérapeutiques adaptées (antibiothérapie, corticothérapie,...) est préférable quand les conditions le permettent.

##### **2-Apparition de signes urinaires**

Anurie en rapport avec une compression extrinsèque des voies urinaires : hospitalisation pour dérivation des urines.

Hématurie sévère : dans le cadre d'un cancer de prostate ou de vessie évolutif, hospitalisation pour éventuelle prise en charge urologique.

##### **3-Apparition de signes digestifs**

Syndrome occlusif où l'indication chirurgicale sera à évaluer en fonction du stade de la maladie et de l'état du patient,

Ascite invalidante : le patient sera pris en charge en hospitalisation de jour lorsqu'il existe une répercussion sur la qualité de vie (anorexie, dyspnée, gêne à la mobilisation),

Ictère par compression des voies biliaires avec dérivation possible par endo-prothèse.

Dysphagie/ dénutrition : selon le degré de dysphagie (solides/ liquides) et la dénutrition associée la prise en charge se fera en milieu hospitalier avec thérapeutiques interventionnelles adaptées : dilatation, sonde de gastrostomie.

#### **4-Apparition de signes neurologiques**

Métastases cérébrales : découverte devant l'apparition de céphalées, troubles du comportement ou signes neurologiques focalisés classiquement d'apparition plus ou moins progressive, la prise en charge nécessite une hospitalisation pour diagnostic et mise en place du traitement (corticothérapie et radiothérapie +/- anti-œdémateux et anti-épileptiques) puis le retour au domicile ou maison de repos pourra être organisé. Devant une symptomatologie minime, la radiothérapie peut se faire en externe avec une corticothérapie orale.

Compression médullaire : le plus souvent de type métastatique, l'apparition aiguë avec détection d'un niveau lésionnel à l'examen neurologique doit faire pratiquer une IRM en urgence avec avis chirurgical

#### **5-Syndrome algique**

Dans la majorité des cas, la prise en charge des patients se fait au domicile par le médecin traitant ou dans le cadre d'une consultation d'algologie. Mais le patient peut présenter un syndrome algique résistant avec nécessité d'une évaluation spécifique pour adaptation thérapeutique dans un cadre hospitalier.

Fracture sur métastase osseuse : un avis chirurgical s'impose.

#### **6-Syndrome fébrile**

Le patient cancéreux est un patient fragilisé, il peut donc présenter dans l'évolution de sa maladie une fièvre en rapport avec une surinfection qui peut être prise en charge au domicile. Le patient sera hospitalisé devant une fièvre persistante malgré une antibiothérapie et/ou avec des signes de gravité (hypotension, marbrures, polypnée et état de conscience). La fièvre spécifique reste un diagnostic d'élimination avec le test aux anti-inflammatoires.

#### **7-Troubles métaboliques**

Hypercalcémie maligne : elle existe dans 10 % des cancers avancés et se présente sous la forme d'un syndrome associant une soif à des troubles digestifs et neuropsychiques. L'administration de diphosphonates et l'hydratation permettent généralement une normalisation de la calcémie. Ce traitement peut se faire au domicile du patient, c'est le caractère aigu du trouble métabolique et la symptomatologie présentée par le patient qui fera préférer une hospitalisation à une prise en charge au domicile.

Syndrome inapproprié de l'hormone anti-diurétique : hospitalisation selon l'état de conscience.

### **B - Hospitalisations liées aux effets secondaires des traitements spécifiques**

La chimiothérapie et la radiothérapie sont responsables d'effets secondaires gradés selon leur intensité de 0 à 4 qui pour certains lorsque les grades de 3-4 sont atteints vont entraîner une hospitalisation.

#### **1-Mucite**

Elle est consécutive à une radiothérapie en région oro-pharyngée ou à une chimiothérapie le plus souvent à base de 5FU, caelyx, taxotere, méthotrexate, aracytine ou doxorubicine . La mauvaise

hygiène buccale est un facteur de risque, une prévention est possible par bains de bouche à base de bicarbonate, d'aspirine, d'antimycotiques et parfois par l'utilisation d'antiherpétique cependant une hospitalisation peut être nécessaire en cas de mucite de grade IV devant l'impossibilité de s'alimenter et de s'hydrater avec apparition de signes cliniques objectifs et difficultés de prise en charge d'une réhydratation à domicile. Cette issue est rare dans la pratique courante.

## **2-Nausées, vomissements**

L'échec des traitements préventifs et curatifs des nausées et vomissements (toxicité grade 3 ou 4) peut être responsable d'une déshydratation qui si elle ne peut être prise en charge au domicile conduira à l'hospitalisation.

## **3-Diarrhées**

En cas de déshydratation et de perte de poids, il faudra prévoir une voie veineuse au domicile ou dans le cadre d'une hospitalisation. Un cas particulier : une diarrhée fébrile ou durant plus de 48 H malgré un traitement adapté, après une perfusion de CAMPTO\*, doit faire hospitaliser le patient.

## **4-Insuffisance rénale post-cisplatine**

Le cisplatine peut être responsable d'une insuffisance rénale aiguë liée à une nécrose des tubes contournés distaux et collecteurs dont le traitement principal est l'hyper hydratation pour favoriser l'élimination du produit. Cette hyper hydratation peut se faire par voie orale en l'absence de signes digestifs avec simple surveillance biologique, sinon la voie veineuse sera choisie. L'hospitalisation en néphrologie pour dialyse avec charbon actif est rare et n'a pas prouvé une meilleure efficacité de prise en charge.

## **5-Cytopénie grade 3-4**

La neutropénie ne fait l'objet d'une hospitalisation qu'en cas de fièvre associée et après échec des traitements au domicile (cf. gestion ambulatoire du patient neutropénique), la thrombopénie et l'anémie nécessitent une hospitalisation de jour (le plus souvent) qu'en cas transfusion selon des critères cliniques et biologiques qui sont détaillés dans le cours sur la prise en charge d'une cytopénie en ambulatoire.

## **6-Complications infectieuses**

Le risque infectieux chez le patient cancéreux reste un problème majeur. On compte de nombreuses causes favorisant les infections : les lésions cancéreuses, le déficit immunitaire induit par la maladie, la dénutrition. Il faudra donc être vigilant à la suite de gestes invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique et pendant les périodes de neutropénies post-chimiothérapie : surveillance de la température et antibiothérapie adaptée. En fonction de l'évolution du syndrome infectieux, le patient sera hospitalisé après échec de la prise en charge en ambulatoire.

## **7-Surdosage médicamenteux (morphiniques)**

Devant un trouble de la conscience chez un patient cancéreux sous morphinique, il faudra toujours penser à un surdosage médicamenteux dont la prise en charge peut se faire au domicile en dehors de tout autre problème associé.

## **8-Décompensation métabolique**

Hyperosmolarité: diabète décompensé sous corticothérapie avec risque de coma hyperosmolaire, il est à noter que lors d'un traitement de chimiothérapie le cycle glycémique d'un diabétique sera perturbé en dehors de toute prise de corticoïdes .

Dysnatrémie, dyskaliémie: les vomissements répétés et une diarrhée profuse peuvent être responsables de troubles de la natrémie et de la kaliémie nécessitant une hospitalisation.

### **9-Thrombose veineuse**

Les traitements type hormonothérapie peuvent entraîner des phlébites chez des patients dont le risque thrombo-embolique est déjà majoré par le cancer. Il faut donc prévoir un traitement préventif adapté à l'activité du patient. Selon l'étendue de la phlébite ou l'évolution vers une embolie pulmonaire, une hospitalisation sera nécessaire.

Cas particulier: la thrombose sur DVI qui est fréquente, rarement symptomatique, se traite en ambulatoire par anti-coagulant et contrôle écho-doppler régulier.

### **C - Hospitalisations non liées au cancer ou à son traitement.**

Comme tout patient, le patient cancéreux peut nécessiter une hospitalisation en rapport avec une urgence médicale ou chirurgicale indépendante de sa maladie. Il sera donc dirigé en fonction de l'urgence et de l'évolution de sa maladie vers un centre adapté.

## **CAUSES SUBJECTIVES D'HOSPITALISATION**

Le patient cancéreux est un patient fragilisé non seulement sur le plan physique mais également sur le psychique et parfois même sur le plan social. Cette fragilisation est souvent à l'origine d'"hospitalisation par excès" pendant laquelle aucun traitement spécifique ne sera effectué puisqu'on ne retrouve aucune cause médicale objective justifiant l'hospitalisation ou tout du moins aucune cause justifiant un traitement en hospitalisation alors même que ce traitement était possible au domicile. Ces hospitalisations dépendent de quatre facteurs principaux : le patient, sa famille et son entourage, le consultant et le lieu de consultation ainsi que l'organisation des soins. Dans quelques cas, l'hospitalisation ne peut être évitée, permettant de calmer l'angoisse d'un patient, de soulager une famille pendant une période déterminée, de prendre le relais du médecin traitant au passage de phases critiques. Mais le plus souvent une meilleure coordination entre les différents intervenants ferait diminuer le taux d'hospitalisation.

### **A - Le patient**

On reconnaît une répercussion de la maladie sur le patient à un niveau cognitif, comportemental, psychique et social.

#### Niveau cognitif

Il s'agit de la connaissance qu'a le patient de sa maladie, de l'évolution probable, des traitements possibles et de leurs effets secondaires. Il s'agit également de ses attentes et de la signification qu'il veut donner à sa maladie (une sanction, un défi,...).

#### Niveau comportemental

Il s'agit des répercussions physiques et psychiques objectives de la maladie et de son traitement sur le patient. Il faut évaluer les capacités fonctionnelles du patient (mémoire, capacité de concentration,...) et son activité quotidienne (performans status ou indice de karnofski).

#### Niveau psychique

La maladie a une répercussion sur l'humeur avec des périodes d'anxiété et de dépression pour lesquelles il est important d'effectuer une évaluation psychologique avec suivi par un psychologue ou un psychiatre selon les circonstances.

#### Niveau social

La maladie peut isoler le patient : sur un plan professionnel (risque de perte d'emploi avec répercussions financières notamment en exercice libéral) et sur un plan social (peur de la maladie...).

Chaque niveau a un rôle fondamental sur la prise en charge. Le patient sera plus ou moins demandeur en fonction de la compréhension qu'il a de sa maladie, des traitements et de leurs effets secondaires. Il est donc capital d'avoir une prise en charge globale du patient (médicale, psychologique et sociale); pour ce faire une évaluation est indispensable. Le médecin traitant est souvent au centre de cette évaluation. Plus proche du patient, il connaît souvent mieux le cadre socio-professionnel et l'entourage du patient et est donc plus à même d'organiser les soins nécessaires. Cette connaissance du patient et l'organisation des soins permettent d'éviter l'hospitalisme (ex : hospitalisation d'un patient en phase palliative pour altération de l'état général).

### **B - La famille et l'entourage du patient**

Si le conjoint est le plus souvent au premier plan, de nombreuses personnes (famille, amis, voisins, collègues...) peuvent être concernées. Le rôle fondamental de l'entourage familial, et en particulier du conjoint, dans la prise en charge du patient cancéreux, a été clairement établi. L'absence de soutien par un proche "confident" est associée à une moindre qualité de vie et une plus grande détresse. Le conjoint joue un rôle essentiel dans les tâches quotidiennes liées à la vie au domicile qui doit parfois être aménagé (location de lit médical ou fauteuil roulant, installation de poignées dans la salle de bain, rehaussement de la lunette des W-C; etc...). L'adhésion de la famille dépend de l'histoire familiale, de son acceptation de la maladie et de l'issue probable. La possibilité du maintien à domicile pour une prise en charge souvent lourde n'est envisageable qu'avec une présence active de l'entourage. La famille doit elle-même se sentir soutenue par l'équipe médicale et paramédicale pour continuer les soins au domicile.

### **C - Le consultant**

Le médecin consulté lors d'un problème aigu ou subaigu n'est pas toujours le médecin traitant, il n'a donc pas toujours l'ensemble des éléments permettant d'évaluer au mieux l'intérêt d'une hospitalisation. Par ailleurs, il existe parfois un défaut d'information sur la maladie, ses traitements et leurs effets secondaires qui tient à une compartimentation ville/hopital souvent préjudiciable pour le patient. Le patient peut se sentir plus rassuré, devant la gravité de la maladie, par un avis spécialisé alors que son médecin traitant reste plus proche et tout à fait à même de répondre à ses attentes, puisque toujours en lien avec le référent oncologue.

Dans son activité, le médecin traitant doit connaître les ressources locales et régionales permettant de répondre au mieux aux besoins identifiés : assistantes sociales, services d'hospitalisation à domicile, aides associatives, gardes-malades, services de repas à domicile, bénévoles, etc ... Il est important lors de remplacement de donner des transmissions exhaustives concernant les patients cancéreux pour éviter des "hospitalisation par excès". Il existe, actuellement sur Nice, le SISUP qui intervient au domicile pour les patients suivis en phase palliative et peut permettre une permanence

de soins adaptés. Il est bien évidemment nécessaire, dans ce cas, que le patient et l'entourage soient suffisamment informés.

Cependant le suivi du patient cancéreux en ville est consommateur de temps, ce qui n'est pas toujours aisé dans le cadre d'une pratique libérale où le salaire de fin de mois est fonction du nombre d'actes. La création d'un réseau spécifique pourrait permettre d'améliorer cet écueil.

#### **D - Le lieu de consultation et l'organisation des soins**

Il est bien évident que l'attitude ne sera pas la même selon que la consultation a lieu au domicile du patient ou dans un service d'urgences ou de médecine hospitalière qui dispose d'un plateau technique. Dans ce dernier cas, ceci permettra un retour au domicile plus facilement pour certains patients, alors que dans pour d'autres, le manque d'information sera source d'"hospitalisation par excès".

On est donc toujours confronté à l'importance capitale de l'information du patient, de son entourage (après accord du patient) et des différents intervenants médicaux et paramédicaux et à l'organisation des soins. L'intérêt de la mise en place d'un réseau n'est plus à démontrer. Le réseau permet d'adapter les soins aux besoins du patient en potentialisant les services déjà en place : hospitalisation à domicile, maisons de repos, professionnels libéraux (infirmières, kinésithérapeutes...), services institutionnels et bénévoles, par ailleurs il peut apporter à ses adhérents une formation spécifique, la possibilité de mettre en place un système de garde avec indemnisation. Le bon fonctionnement du réseau sous-entend une volonté médicale et l'adhésion des patients. Il ne doit pas être un cadre rigide et doit permettre un adhésion temporaire (le temps de suivi d'un patient) pour ne pas être perçu comme une obligation supplémentaire mais bien comme une aide tant pour le patient que pour le médecin.

Il est donc clair que la décision d'hospitaliser un patient ne dépend pas seulement d'un symptôme mais bien d'une évaluation globale d'un patient selon le contexte médical, familial et social avec comme objectif, chez le patient cancéreux, de favoriser toujours le maintien à domicile auprès de ses proche.