Évaluation de la morbi-mortalité des trachéotomies en urgences chez les patients atteints d'un cancer de la tête et du cou en soins palliatifs

Mathilde Rey[1], Samuel Adelou[2], Nathalie Pham Dang[3], Julien Biau[4], Maureen Bernadach[5], Justine Becaud[1], Mathilde Puechmaille[1], Thierry Mom[1], Nicolas Saroul[1]

1 ORL - CHU de Clermont-Ferrand

2 Bio statistiques - CHU de Clermont-Ferrand

3 CMF - CHU de Clermont-Ferrand

4 Radiothérapie - CJP Clermont-Ferrand

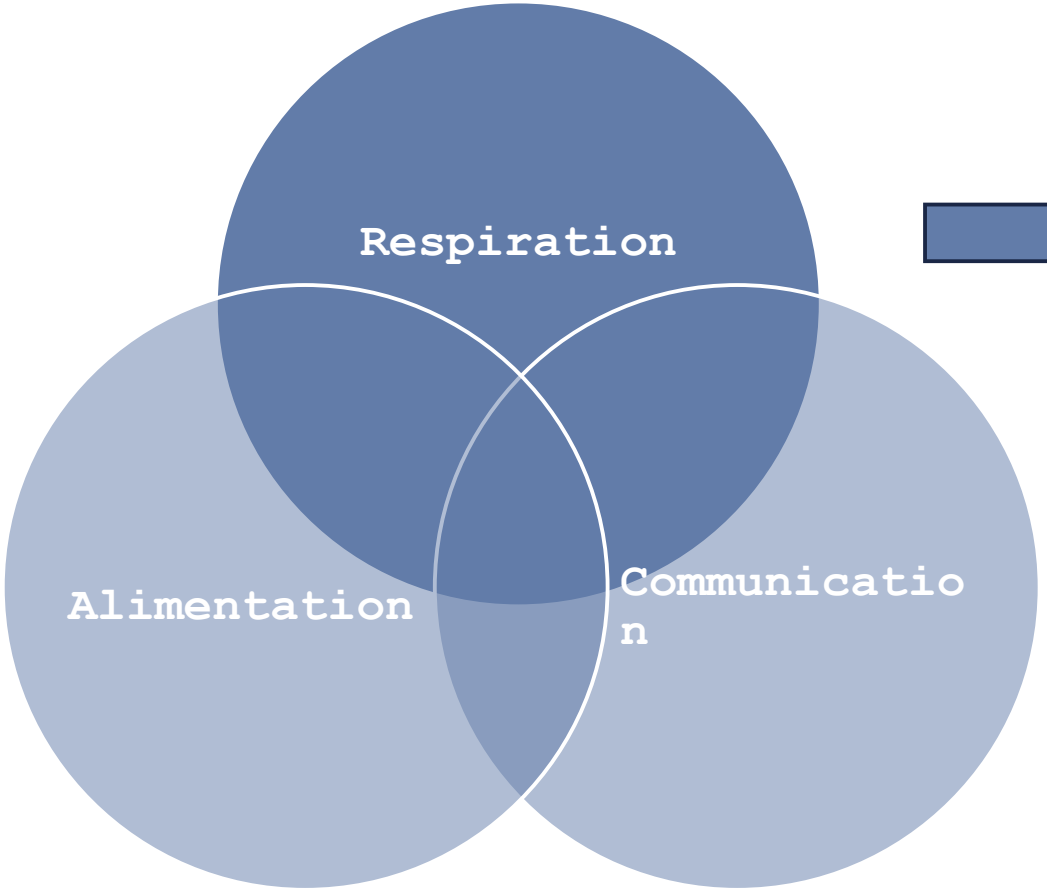
5 Oncologie médicale - CJP Clermont-Ferrand

SFCCF
Société Française de Carcinologie Cervico-Faciale

CLERMONT-FERRAND
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

UNIVERSITÉ Clermont Auvergne

Les cancers tête et cou (CTC) en phase avancée



Détresse respiratoire aiguë

→ trachéotomie en urgence

Soins palliatifs: amélioration de la qualité de vie des patients sans chercher à précipiter ou retarder la mort

Trachéotomie en urgence en cas de CTC palliatif

→ Enjeux pronostique et éthique majeurs

- Amélioration respiratoire immédiate
- Conséquences fonctionnelles importantes

- **Objectif principal:**

Evaluer la survie après trachéotomie en urgence chez les patients atteints de CTC en soins palliatifs

- **Objectif secondaire:**

Evaluer la morbidité associée à cet acte chirurgical dans cette population

Matériel et méthodes

- Rétrospective
- Bicentrique: services ORL et CMF
- 2000 à 2023

Patients :

- CTC
- Phase palliative définie en RCP

Critère d'inclusion : trachéotomie chirurgicale en urgence

Matériel et méthodes

Analyses :

- Age, sexe
- Données clinico-pathologiques: localisation, stade tumoral, récidive, indice de performance status OMS, comorbidités majeures
- Trachéotomie: indications et complications
- Traitements oncologiques: initial et en phase palliative
- Décès: date et causes

Résultats

Effectif :

- 1243 trachéotomies
- 38 en urgence dans un contexte de CTC palliatif

Profil des patients :

- Cancer agressif: 95 % stade IV, 40 % métastatiques, 71 % récidives
- Patients fragiles: 74 % OMS ≥ 2, 45 % comorbidités majeures

< 2 cas/an - stable dans le temps

Résultats

Complications (42 %) :

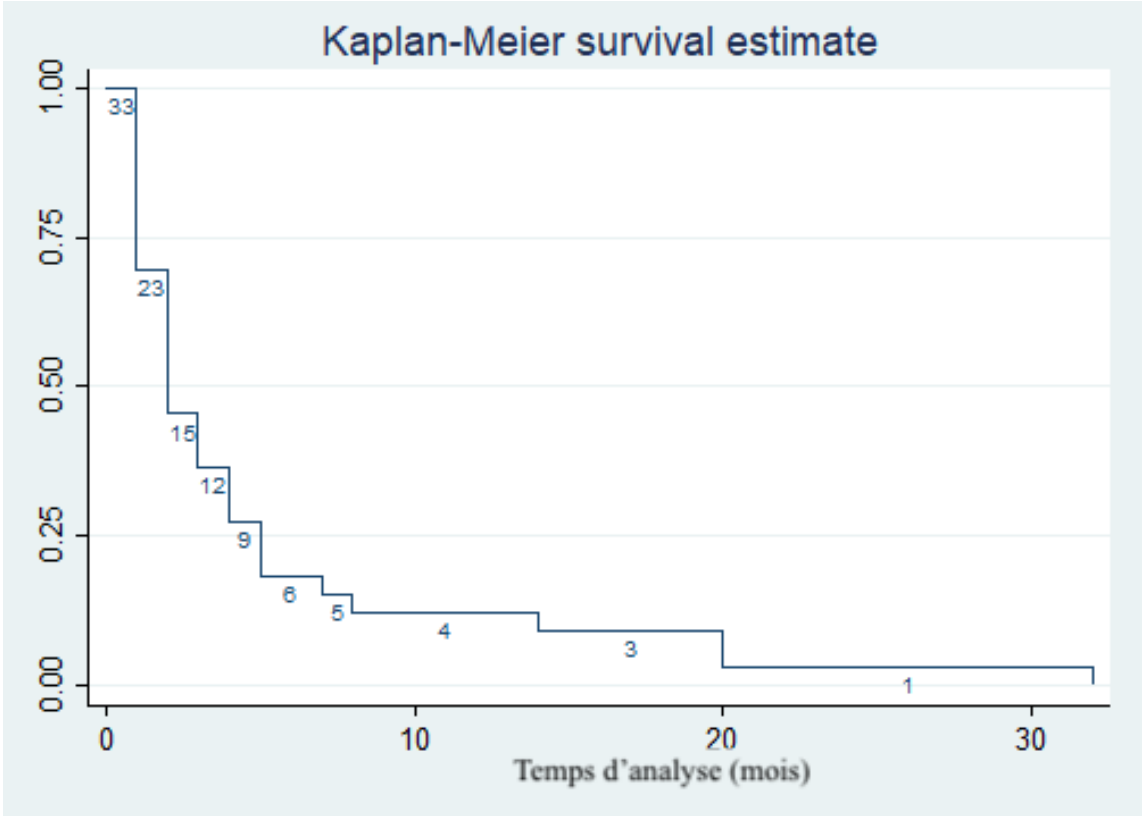
- Bouchon obstructif (16 %)
- Saignement (13 %)
- Dysphagie (13 %)
- Douleurs (5%)
- Surinfection
- Décanulation accidentelle

Décès : 100 %

Résultats

Survie :

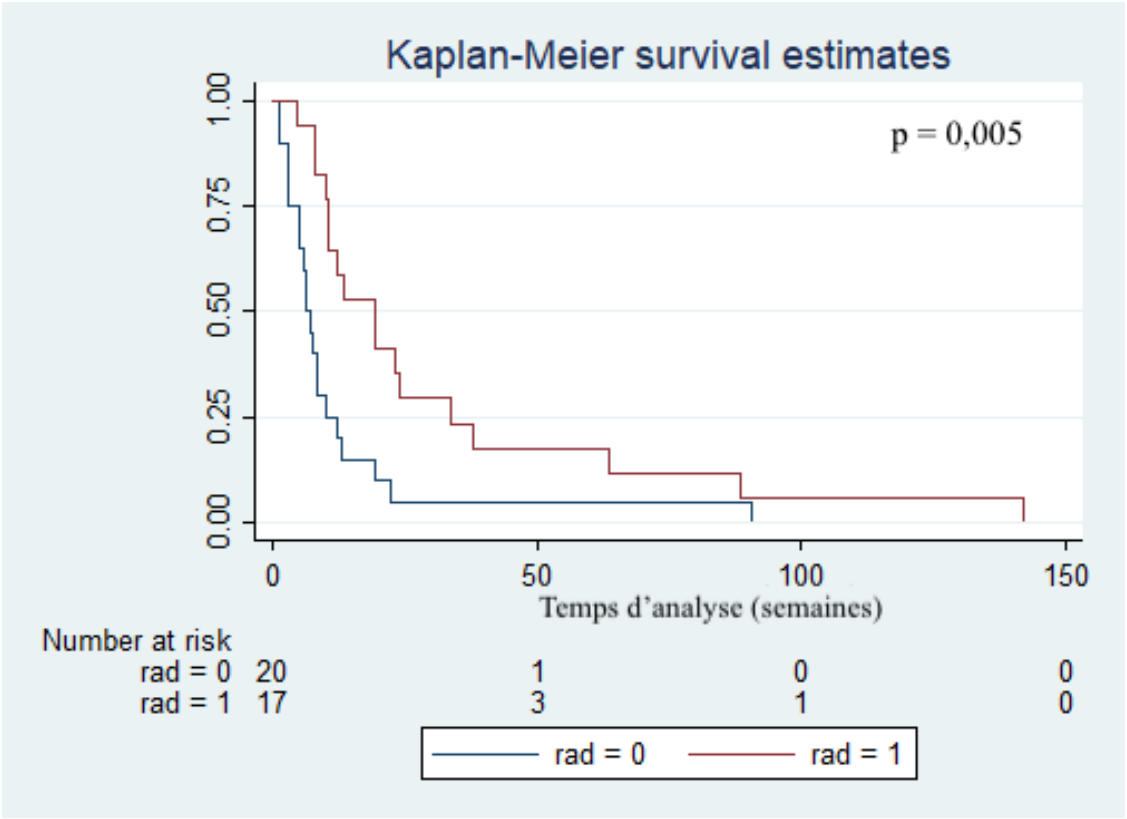
- Médiane = **2 mois** [1 - 4]
- Moyenne = 4,3 +/- 6,6 mois



Résultats

Survie: retour à domicile

- Facteur protecteur majeur
- 52 %: hospitalisation jusqu'au décès



Survie très limitée

→ Pertinence du geste de trachéotomie ?

< 50 % de retour à domicile

→ Augmentation de la durée de vie mais à quel prix ?

Morbidité importante:

- Aggravation de la dysphagie
- Dépendance aux soins [1]
- Difficulté de communication [2,3]

Impact psychologique et qualité de vie altérée [4,5]

1. *Weber F et al. Possibilities and limitations of palliative surgery in head and neck cancer patients.*
2. *Bü ntzel J. Palliative care in otolaryngology.*
3. *Lin YL et al. Symptom patterns of patients with head and neck cancer in a palliative care unit.*
4. *Espeli Vg et al. The role of palliative care in relapsed and metastatic head and neck cancer patients in a single ESMO integrated oncology and palliative care centre.*
5. *Ninu MB et al. Psychological distress and health-related quality of life among head and neck cancer patients during the first year after treatment.*

Dilemme éthique :

- Évite une asphyxie brutale **MAIS** survie courte avec qualité de vie diminuée
- **Réflexion multidisciplinaire anticipée:** (1,2)

→Directives anticipées

→Impliquer les équipes de soins palliatifs en RCP

→Dialogue précoce avec le patient et ses proches

1. Espeli Vg et al. The role of palliative care in relapsed and metastatic head and neck cancer patients in a single ESMO integrated oncology and palliative care centre.
2. Hoffman MR. Tracheostomies and PEGs: When Are They Really Indicated?

Recours rare sans tendance à l'évolution:

complication terminale inévitable chez certains patients.

Alternatives ?

- Désobstruction laryngée endoscopique [1,2]
- Traitement médical de la dyspnée: morphine, corticoïdes, benzodiazépines [1]

1. Bü ntzel J. Palliative care in otolaryngology.
2. Townsley R et al. A case series of interventions and outcomes in patients with laryngeal squamous cell cancer.

Message clé

En contexte palliatif, l'indication doit être discutée en amont pour aligner les soins sur les souhaits et objectifs de fin de vie.

Anticipation = éviter de prendre des décisions importantes dans l'urgence

Merci de votre attention