

Importance, intérêt et dilemmes du séjour au SRPR



Dr Malika CHOUGRANI- HERBEN

CENTRE MEDICAL DE
L'ARGENTIERE



Colloque France Traumatisme Crânien – St Etienne – 1^{er} octobre 2010

« Prise en charge des patients cérébro-lésés graves : limitation et arrêt des traitements ? Décisions et orientations aux différents stades de l'évolution. Questionnement éthique »

Sommaire

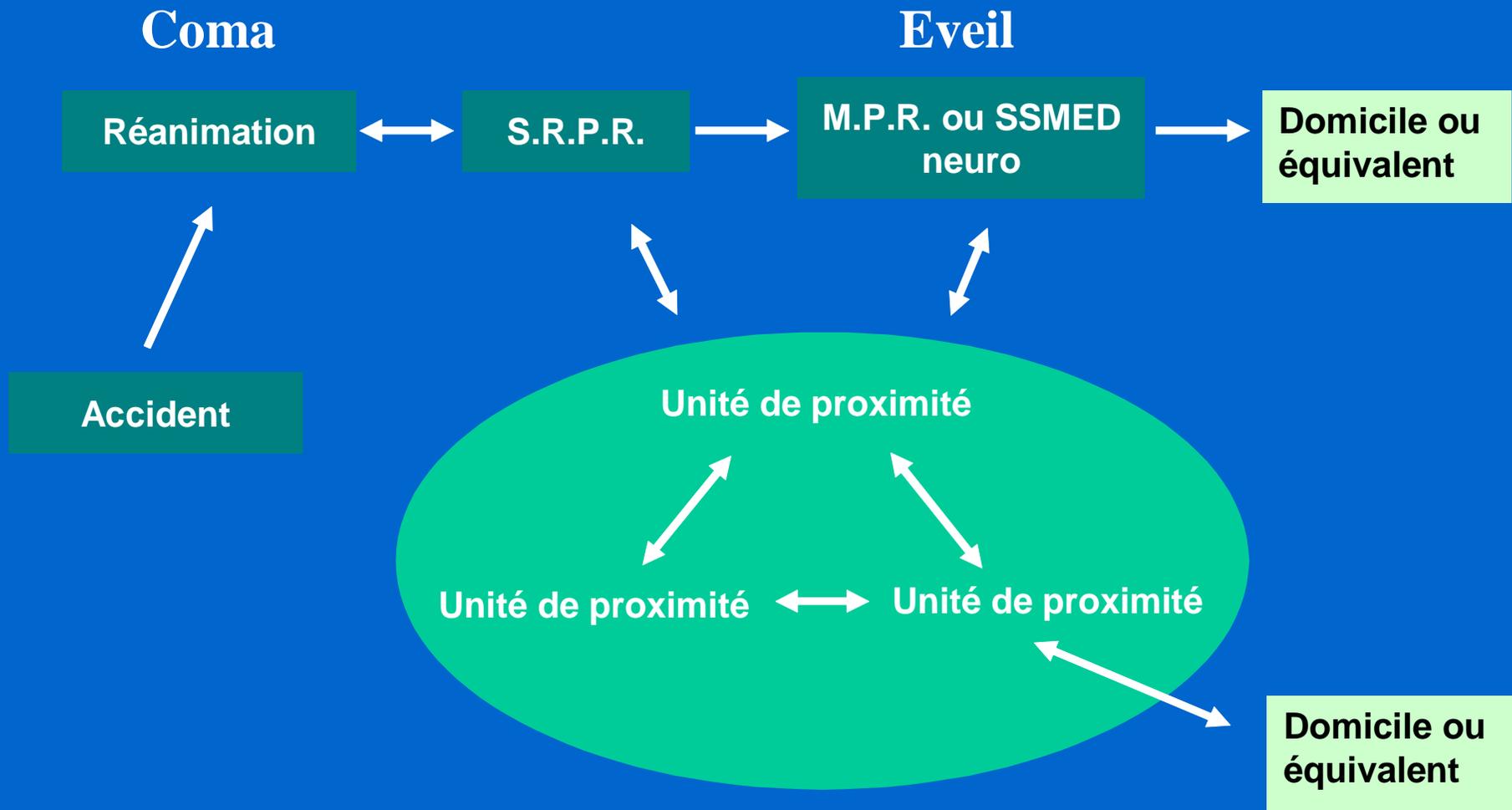
- **Le concept de SRPR**
- **Des situations variées et complexes**
- **Présentation de cas cliniques**
- **Commentaires**

Le concept de SRPR

Service de rééducation en post-réanimation

- **Accueil de patients présentant une lésion cérébrale grave**
- **Admission à partir des services de réanimation, y compris de patients ventilés dont le sevrage est en cours ou non réalisable, en dehors des situations aiguës**
- **Consolidation de la stabilité des fonctions vitales**
- **Sollicitations de l'éveil ou premières évaluations cognitives**
- **Expertise des états de conscience limite**
- **Prévention des complications neuro-orthopédiques afin de préserver le pronostic fonctionnel, sollicitation de l'éveil moteur**
- **Orientation adaptée des patients dans la filière en fonction de leur évolution**
- **Élaboration précoce d'un projet de réadaptation**
- **Soutien et accompagnement des familles**

ORGANISATION DE LA FILIÈRE DE PRISE EN CHARGE



SRPR42



SRPR42



SRPR42



Activités du SRPR42

De 2004 à 2009

➤ 328 patients ont été admis

- 72% hommes
- 28% femmes
- Age moyen : 48 ans
- 90% présentaient une lésion cérébrale grave
- 75% ont été orientés vers un service MPR
- 18% ont été orientés vers une unité de proximité
- 2% de décès
- DMS : 59 jours

Des situations complexes et variées

- **Décisions prises :**
 - **Avant l'admission au SRPR**
 - **Pendant le séjour au SRPR**
 - **Après le SRPR**

Cas clinique n°1

- **Patiente âgée de 54 ans hospitalisée en réanimation dans les suites d'une hémorragie cérébro-méningée sur malformation artérioveineuse associée à un anévrisme non traité**
- **Œdème cérébral, hydrocéphalie, DVE, craniectomie décompressive.**
- **Absence d'éveil relationnel**

Cas clinique N°1

- **Décision de limitation et d'arrêt thérapeutique en réanimation en concertation avec l'équipe médicale (réanimateurs et neurochirurgiens), l'équipe paramédicale et la famille**
- **Extubation à J38**
- **Demande de prise en charge au SRPR42**
- **Avant l'admission, rencontre entre les 2 équipes médicales, les cadres des 2 services et la famille afin de préciser les objectifs de rééducation dans notre unité, tout en respectant la décision de limitation thérapeutique**
- **Admission au SRPR42 à J80**
- **Décès survenu de manière brutale à J109**

Cas clinique N°2

- **Patiente âgée de 39 ans, hospitalisée au SRPR42 dans les suites d'une encéphalopathie anoxique secondaire à un ACR, à 10 mois d'évolution**
- **Cardiopathie congénitale responsable de troubles du rythme**
- **Évolution vers un état végétatif chronique :**
 - **Absence de signes relationnels, même minimes**
 - **Abolition des PES, absence MMN, absence P300**
- **Canule de trachéotomie**
- **Gastrostomie d'alimentation**

Cas clinique N°2

- **Pas d'implantation de défibrillateur, seul traitement préventif d'une récurrence de troubles du rythme**
 - **Décision consensuelle**
 - Discussion avec les différents membres de la famille
 - Avis auprès du cardiologue
 - Diagnostic d'EVC établi avec un haut degré de certitude
- **Pas de complication aiguë à ce jour**
- **Patiente toujours hospitalisée au SRPR, en attente d'une place dans une unité de proximité**

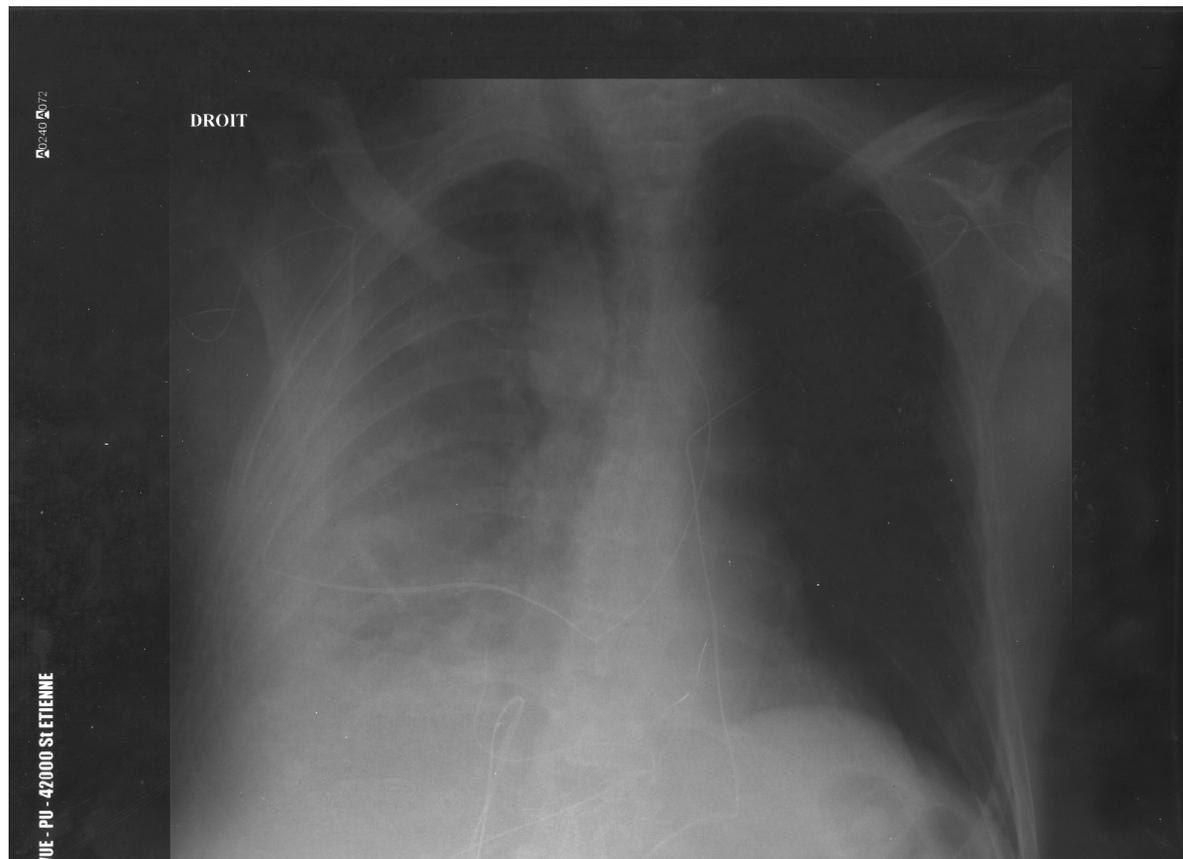
Cas clinique n°3

- **Patient en état pauci-relationnel dans les suites d'un AVP responsable d'un TCE, à 3 ans d'évolution**
- **Prise en charge actuelle au domicile**
- **Survenue d'un syndrome infectieux ayant conduit à la prescription d'antibiotiques par le médecin traitant, sans amélioration**
- **Hospitalisation du patient à l'HMU, puis au SRPR42**

Cas clinique N°3

- **Bilan du syndrome infectieux :**
 - **Radiographie du thorax : poumon blanc à droite**
 - **Ponction pleurale : streptococcus mitis**
 - **Scanner thoracique : volumineuse pleurésie enkystée**

Cas clinique N°3



Cas clinique N°3

- **Avis spécialisés pluridisciplinaires**
 - Réanimateurs
 - Pneumologue
 - Chirurgien thoracique
- **Indication théorique: décortication pleuro-pulmonaire mais geste chirurgical « lourd »**
- **Alternative minimale: système d'irrigation-lavage avec pose de 2 drains pleuraux, sur une durée d'au moins 10 jours avec un risque de récurrence d'au moins 50%**
- **Inefficacité d'un drain pleural simple**

Cas clinique N°3

- **Consensus collégial médical, paramédical en lien avec la famille : Pas de prise en charge chirurgicale de la pleurésie et arrêt des antibiotiques**
- **Attention soutenue vis-à-vis des signes d'inconfort (dyspnée, hypoxémie)**
- **Évolution vers la stabilisation de l'état général et de l'état infectieux, sans signes d'inconfort, sans retentissement sur l'hématose**
- **Transfert dans une unité de proximité**
- **Puis retour au domicile avec programme de séjours réguliers de répit dans cette unité spécialisée**

Commentaires

- **Les limitations ou arrêts thérapeutiques ne sont pas systématiquement suivis du décès rapide, ces patients n'étant pas des « mourants » : l'information des familles doit être prudente.**
- **pas de demande d'arrêt de l'alimentation entérale artificielle**
- **Pas de conflit pour poser les limitations ou les arrêts thérapeutiques chez les patients en EVC**
 - **développement du lien entre les différentes étapes de la filière**
 - **intervention de tiers (médecins spécialistes)**
 - **évaluation de l'état neurologique réalisée sur une durée suffisamment longue**

commentaires

- **Importance de la prise en charge en filière:en amont**
 - **pour réduire les incertitudes diagnostiques**

S.Laureys : sur 2059 questionnaires soumis à son auditoire lors de ses conférences

 - **65% des personnes interrogées jugent acceptable d'arrêter l'alimentation et l'hydratation chez un patient en état végétatif chronique**
 - **29% des personnes interrogées jugent acceptable d'arrêter l'alimentation et l'hydratation chez un patient en état pauci-relationnel**
 - **Pour donner du temps à l'ajustement des familles**

commentaires

- **Importance de la prise en charge en filière: en aval**
 - **Pour permettre un suivi des patients dans la durée, même en cas de retour prolongé au domicile**
 - avec programmation de séjours réguliers de répit, dans une unité spécialisée (unité de proximité)
 - avec ré-hospitalisation définitive, en cas d'aggravation, si la famille le souhaite, pour déterminer le niveau de soins et de traitement compatible avec l'état du patient

Commentaires

➤ Quatre niveaux d'intervention

1. Les Traitements de sauvetage de haute technologie :

- Ressuscitation cardio-pulmonaire
- Assistance respiratoire
- Dialyse rénale

2. Les diverses médications

- Antibiotiques
- Oxygénothérapie

3. L'hydratation et l'alimentation par voie artificielle

4. Les soins infirmiers d'hygiène et de maintien de la dignité de la personne

The Multy -Society Task Force on PVS, Medical Aspect of the persistent Vegetative state, The new England Journal of Medecine, 1994

commentaires

- **Importance d'une organisation de service avec des temps réguliers de partage pluridisciplinaire :**
 - **27% d'infirmiers souffrent d'un syndrome d'épuisement**
 - **11% d'infirmiers sont atteints de dépression grave**

Espace éthique- Approche collégiale de la décision Ph Toullic, cadre infirmier, service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis/AP-HP , avril 2008

conclusion

- **Chez les patients cérébro-lésés graves, la prise en charge s'inscrit plus dans une logique de soins dans la durée que dans une logique curative**
- **L'organisation en filière permet une prise en charge dans la continuité, assurant une cohérence globale**
- **Les unités de proximité permettent d'éviter les ruptures de prise en charge, surtout en cas de retour au domicile, avec les séjours de répit**