

5 octobre 2010

« **Prise en charge des patients cérébro-lésés graves** »  
Le point de vue des réanimateurs

**De la performance aux risques en réanimation, ou la réanimation fille et mère du tragique.**

Géry Boulard et Xavier Debelleix

*D'après G. Boulard, B. Vigué et X. Debelleix. « Aspects éthiques en réanimation neurochirurgicale ». In: La réanimation neurochirurgicale. N. Bruder, P. Ravussin et B. Bissonnette Editeurs. Springer, 2007. Un volume, 500 pages, pp 489-500*

D'une façon très schématique, la réanimation assure la maîtrise des grandes fonctions de l'organisme permettant au patient d'attendre le temps nécessaire à une guérison spontanée de sa maladie ou à l'efficacité d'un traitement médical ou chirurgical.

C'est le trouble de la vigilance du patient cérébro-lésé qui justifie au premier chef la réanimation. La prise en charge symptomatique du coma, notamment par la ventilation mécanique, le traitement incisif de l'hypertension intra crânienne (HTIC) et la prévention des agressions cérébrales secondaires d'origine systémiques (ACSOS) en sont les éléments dominants.

À la phase aiguë, le pronostic vital est constamment en jeu du fait des lésions encéphaliques (HTIC, orage végétatif, complications focales), puis de la survenue d'éventuelles complications majeures (SDRA, choc septique etc.). Le pronostic est le plus souvent incertain, et plusieurs semaines sont nécessaires avant de pouvoir évaluer d'éventuelles séquelles concernant la vigilance, la conscience, les fonctions supérieures, etc.

À la phase aiguë de ces pathologies, la prise en charge symptomatique (réanimation), diagnostic et thérapeutique est maximum car toute temporisation dans la prise en charge est délétère alors que le pronostic est le plus souvent impossible à préciser bien que souvent potentiellement compromis. Il n'est alors pas possible de faire la part entre les chances de survie et les risques de séquelles graves. Dans ces conditions, une décision d'abstention thérapeutique invoquant l'éthique n'est pas raisonnable, et la pratique de la neuroréanimation nous a appris que si le pronostic est peu prévisible au cas par cas, il n'est pas rare que de bons résultats déjouent toute prévision. Naturellement, à la condition qu'il s'agisse d'une équipe pluridisciplinaire senior, cette règle souffre d'exceptions en présence de destructions massives du cerveau, ou de mydriase bilatérale aréactive depuis plus de trois heures, sans régression après restauration des conditions hémodynamiques et ventilatoires. Si le doute existe, il est alors nécessaire de poursuivre la prise en charge pour en vérifier le bien fondé. Enfin, les questions d'ordre éthique peuvent être différentes selon les contextes cliniques (traumatisme crânien, pathologie vasculaire hémorragique ou ischémique, pathologie tumorale, affection évolutive telle que méningiome récidivant, maladie de Von Hippel Lindau etc...).

La discussion éthique part du constat d'incertitude entre chances de survie et risques de séquelles graves. Dans la pratique anglo-saxonne, la première obligation est d'éviter de sauver des vies qui se révéleraient « pires que la mort » et le risque de ne pas sauver une vie qui peut l'être paraît plus juste que celui de sauver une vie qui aura perdu ce qui fait le sens d'une vie humaine. A l'inverse, dans notre exercice plus latin, le maintien de la vie est un impératif quasi absolu.

Lors des entretiens avec la famille ou les proches à la phase la plus aiguë, on observe le plus souvent une bonne adhésion à ce projet et il n'est pas fréquent que l'annonce des risques de séquelles lourdes conduise à une position réservée sur le bien fondé de l'investissement thérapeutique.

La réflexion éthique est centrée sur l'incapacité de ces patients à recevoir l'information et à consentir, sur le risque d'obstination déraisonnable du fait de traitements devenus vains et, enfin, sur la probabilité de séquelles graves.

Au-delà de la phase initiale d'engagement thérapeutique, il n'est cependant pas rare que les mesures symptomatiques de réanimation prolongent la vie sans espoir d'amélioration. De telles situations de traitements

devenus vains peuvent relever d'une procédure collégiale (loi du 22 avril 2005 actualisée en 2010 relative aux droits des malades et à la fin de vie).

Les états séquellaires observés dans ce contexte sont notamment l'état de « veille sans manifestation de conscience » qu'est l'état végétatif (EV) et les « états pauci-relationnels » (EPR). Ils doivent être distingués du mutisme akinétique (conscience probablement conservée) et du locked-in syndrome (conscience conservée).

A la condition que le diagnostic d'EV soit solidement établi et la chronicité avérée (période d'observation de 12 à 18 mois en cas de TCC et de 3 à 6 mois dans les autres situations), c'est-à-dire à distance du séjour en réanimation, cet état pourrait au regard de la loi Leonetti et de sa révision être considéré comme une situation de traitements devenus vains.

La démarche éthique n'est pas dissociable de la démarche scientifique médicale. Le premier impératif est celui de la compétence, car les patients ne s'adressent pas à nous en raison d'un sens moral qui nous serait propre, mais pour vivre plus longtemps, et sans souffrance. Paradigme de l'éthique, la médecine doit donc d'abord être de qualité.

Vers une aide au pronostic par imagerie ? (cf. présentation de Louis Puybasset).

---