

Arrêts et limitations de traitement en réanimation

- Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française**
- Réflexions éthiques**

Le cas de l'encéphalopathie post-anoxique

Jean-Michel BOLES*

Jean-Marie TONNELIER

Service de Réanimation médicale

Hôpital de la Cavale Blanche – CHU de Brest

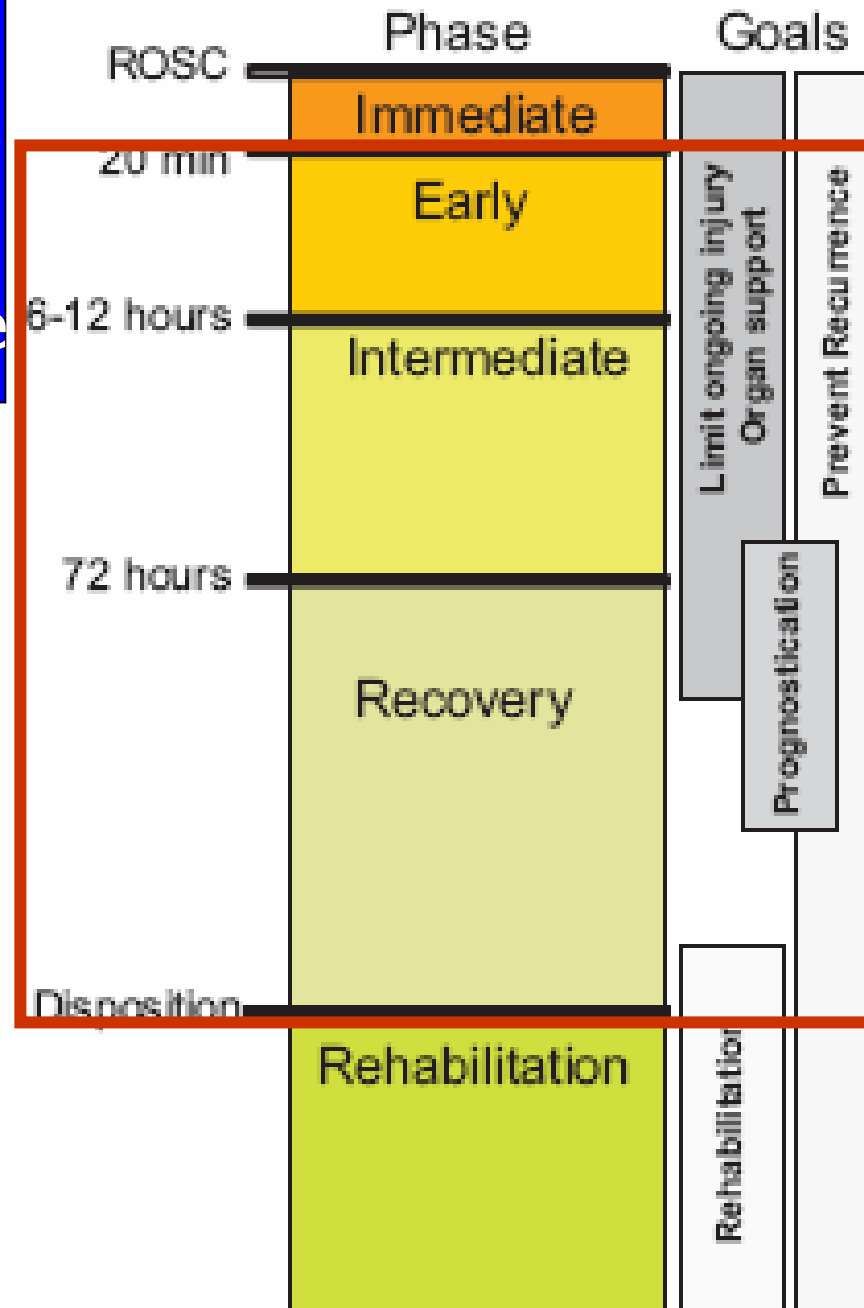
* JE 2535 « Éthique et professionnalisme et santé », UBO, Brest

**Prise en charge des patients cérébro-lésés graves
Saint-Étienne, 1er octobre 2010**

Plan

- La problématique de l'encéphalopathie post-anoxique après arrêt cardiaque
- Limitations et arrêts de traitement en réanimation: recommandations de la SRLF
- Questions et réflexions d'ordre éthique

I. Phases du sd post arrêt cardiaque et objectifs de prise en charge



Survie
Manœuvres de RCP

Ttt du sd de reperfusion
Neuroprotection

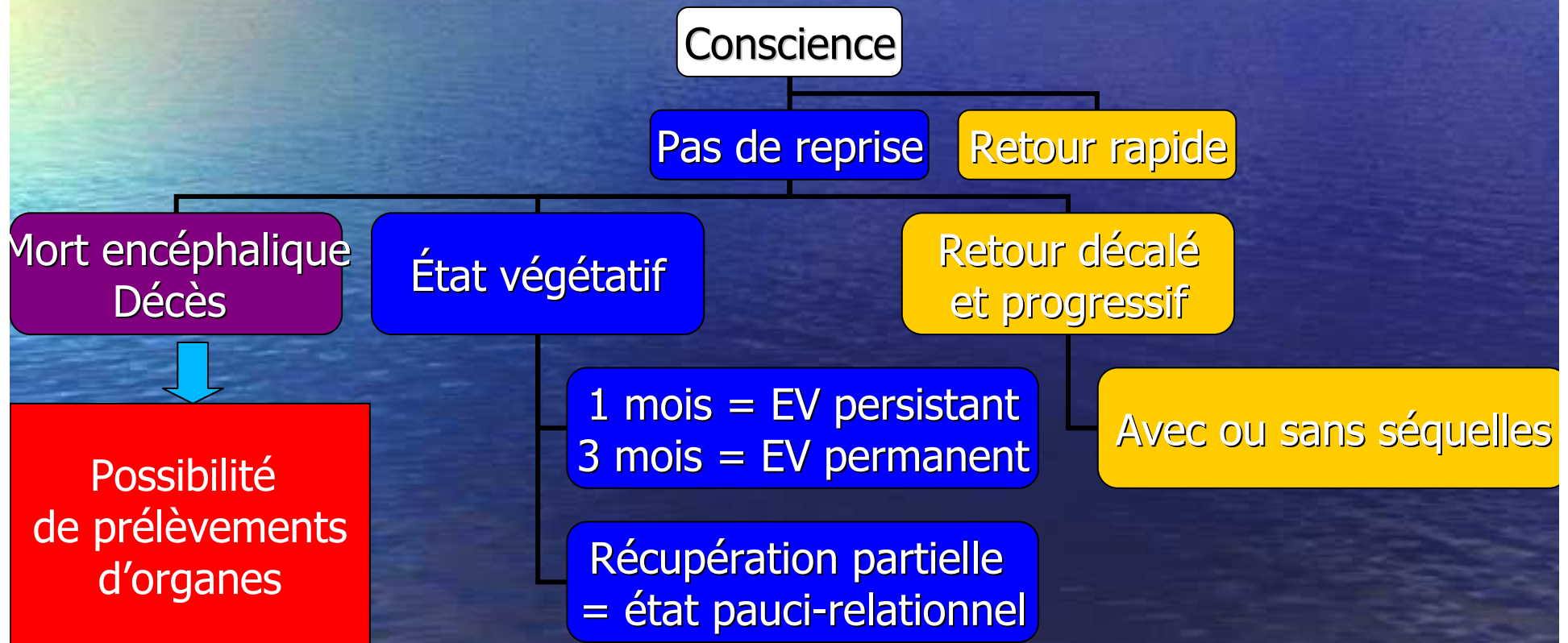
Évaluation du pronostic neurologique

Figure. Phases of post-cardiac arrest syndrome.

Encéphalopathie post anoxique

- **Des troubles du débit sanguin cérébral**
 - arrêt circulatoire,
 - hyperhémie,
 - « no-reflow »
- **Des lésions de ré-oxygénation : syndrome d'ischémie-reperfusion cérébrale :**
 - ↑ radicaux libres
 - ↑ AA neuro-exciteurs (glutamate, NMDA)
 - ↑ Ca²⁺ intra-cytosolique
- **La perte de l' 'autorégulation cérébrale**

Evolution possible sur le plan neurologique



Problématique: peut-on prédire l'évolution neurologique d'un ACC ?

□ Comment = moyens ?

- Clinique
- Électrophysiologiques
- Morphologiques

□ Quand ?

- Admission
- J3 – J7
- J ?...

Éléments prouvés de mauvais pronostic à 72 h (après lever sédation)

Zandbergen, Lancet 1998 ; Attia, Crit Care Clin 1998
Booth, JAMA 2004 ; Wijdicks, Neurology 2006

• Cliniques

- absence de tout éveil
- absence de toute réaction adaptée à la stimulation douloureuse
- absence de réflexes photomoteur et cornéen
- état de mal épileptique ou myoclonique (à J1)

• Paracliniques

- PES: absence d'onde N20
- EEG: aspects de burst suppression, aplatissement du tracé, activité critique épileptiforme, état de mal infraclinique
- IRM multimodale: lésions

Autres facteurs de mauvais pronostic

- Durée de no flow

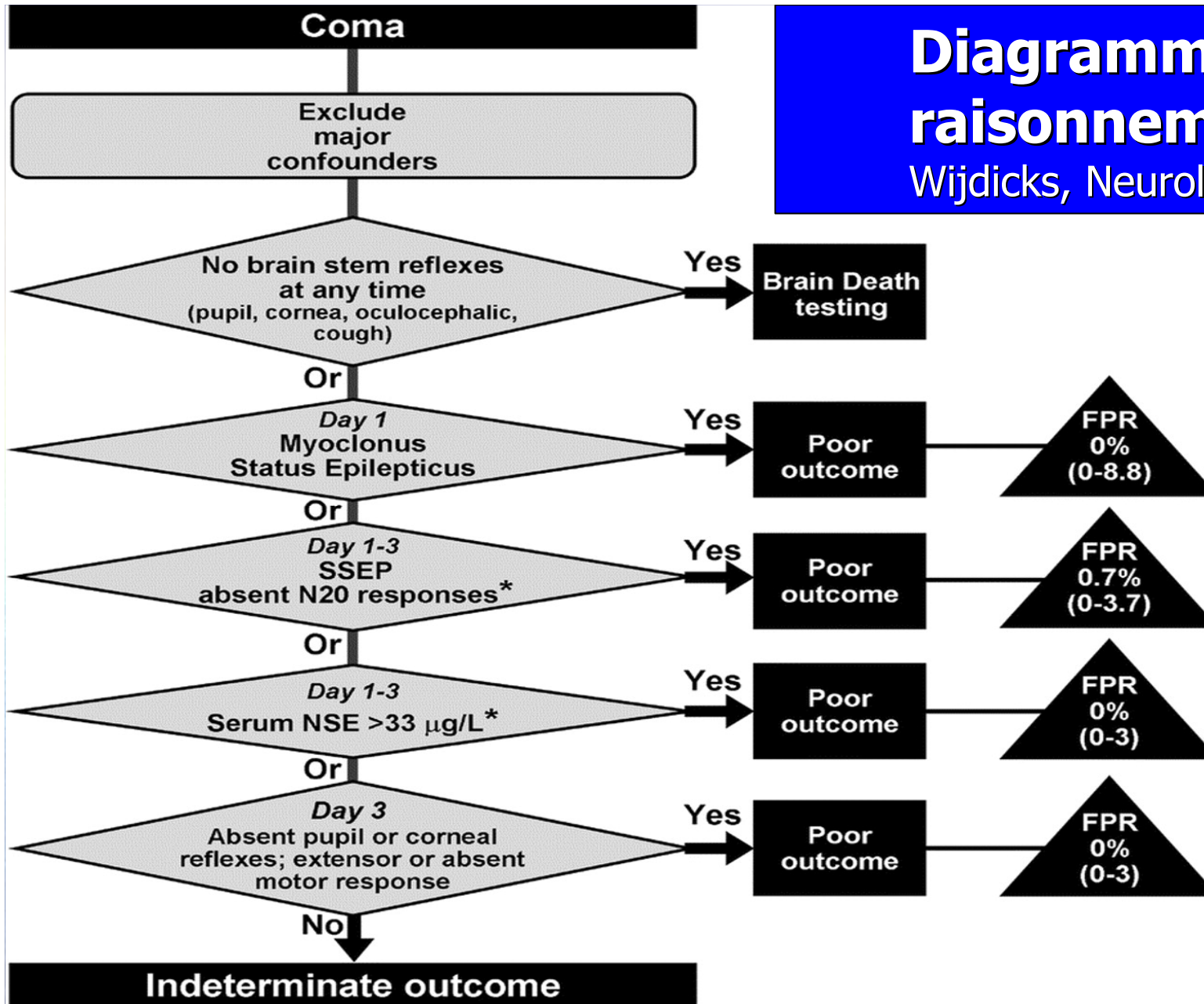
% survie	< 5 min	\geq 5 min
Score CPC 1 ou 2	38 %	9 %

- Durée de no flow + low flow = durée de la RCP

- Étiologie de l'ACC
asphyxie et causes extra-cardiaques
< mort subite

Diagramme de raisonnement

Wijdicks, Neurology 2006



II. Limitations et arrêts de traitement(s) (LAT)

- Recommandations professionnelles de la Société de Réanimation de Langue Française:
 - publiées en juin 2002
 - actualisées en septembre 2009
 - objectif: fournir un guide réflexif et pratique pour la prise de telles décisions dans un cadre réglementaire et éthique

<http://www.srlf.org> , suivre documents puis recommandations

Situations de L/A de traitements

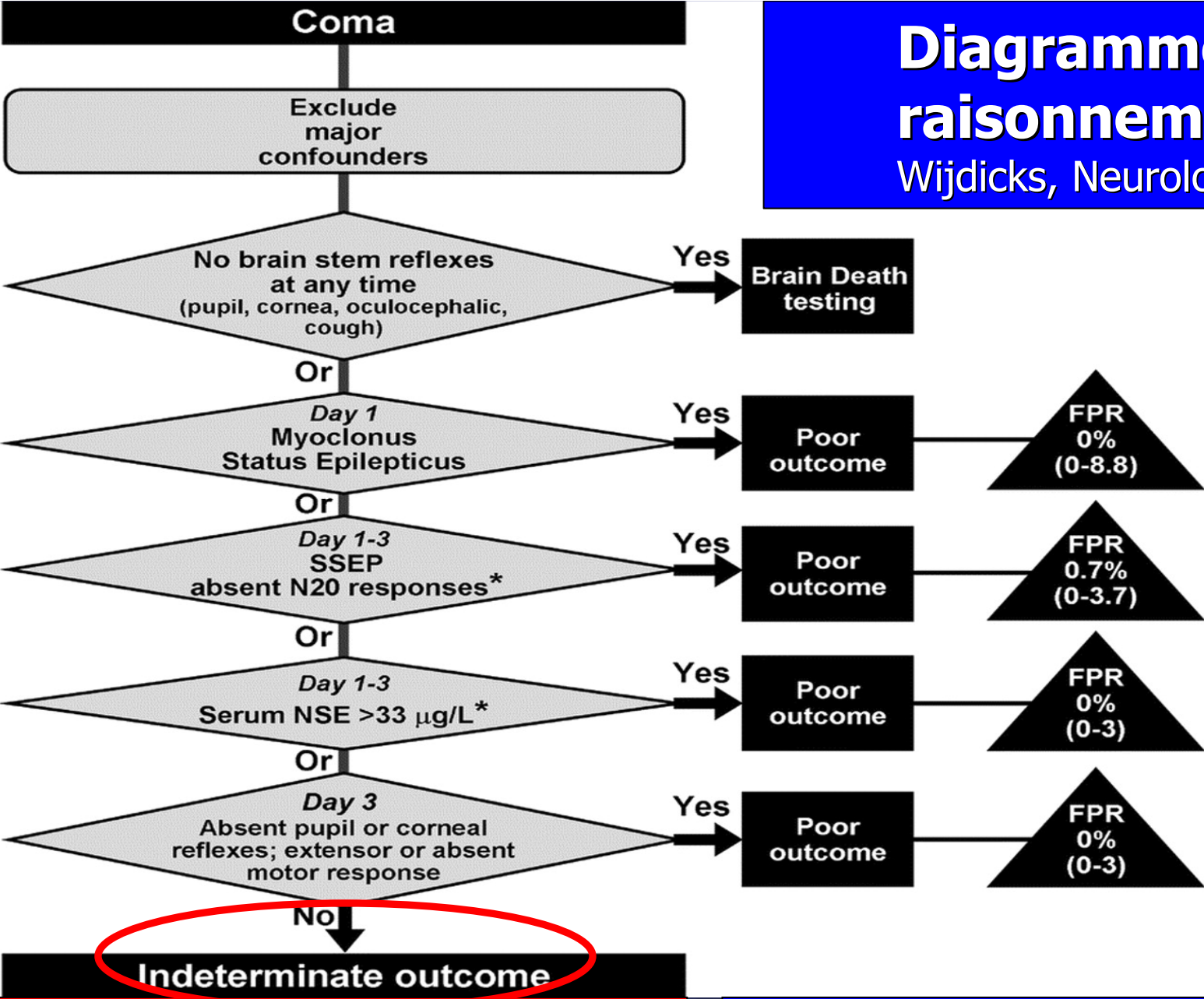
- **Le patient en échec thérapeutique** malgré une stratégie bien conduite et une prise en charge optimale
- **Le patient dont l'évolution est très défavorable en termes de survie et/ou de qualité de vie**
- **But de la décision: ne pas prolonger inutilement l'agonie**
- **But de la décision: éviter une poursuite ou une intensification des traitements déraisonnable, disproportionnée au regard de l'objectif thérapeutique et de la situation réelle**

Recommandations SRLF: processus décisionnel chez le patient inapte à consentir

- Procédure de réflexion collégiale
 - loi 22/05/2005, décret 06/02/2006
 - les participants
 - l'exposé des faits et hypothèses
- Expression des souhaits
 - du patient
 - de la famille
- Implication de la famille
- Argumentation et délibération
- Décision médicale et sa motivation
- Application de la décision: ses modalités
- Soins palliatifs pour le patient
- Accompagnement
 - du patient
 - et de ses proches

Diagramme de raisonnement

Wijdicks, Neurology 2006



Indeterminate outcome
 Situation incertain
 Questionnement difficile

Situation tranchée
 Décision « facile »

III. Questions et réflexions d'ordre éthique

- Difficultés et tensions éthiques
- Dilemme éthique
- Réflexions

Action médicale : double souci médical et éthique

- Sauver la vie
- Restituer l'intégrité des fonctions vitales et de la vie
- Ne pas créer de situations de dépendance et de handicap telles qu'elles déboucheraient sur une qualité de vie inacceptable

⇒ **Actions** médicales complexes, dans un contexte d'urgence et d'incertitude, au moyen de capacités technologiques quasiment sans limite

⇒ **Réflexions** pour reconnaître ces situations et prendre des décisions de limitation /arrêt de traitement actif = non acharnement

Phase de « l'agir »

Question du « sens »

Difficultés et tensions éthiques

- Incertitude
 - des critères pronostiques scientifiques
 - de l'évolution particulière de ce patient-ci
- Le patient est-il en fin de vie ou non ?
- Humaines
 - âge du patient
 - méconnaissance des souhaits du patient
 - réactions et souhaits de la famille
 - subjectivité et projections des soignants

Difficultés et tensions éthiques

- Incertitude

- des critères
- de l'évaluation
- de ce

- Humaines

âge du patient

- Conséquences **humaines et sociales**

de la décision prise qui engage

- le patient
- la famille
- et la société

Le patient est-il
en fin de vie ou non ?

- subjectivité et
projections soignants

L'incertitude sur la signification pronostique des signes: l'ex. des PES

Robinson, Crit Care Med 2003

Table 2. Adults with hypoxic-ischemic encephalopathy coma, by somatosensory evoked potential (SEP) results

Outcome	SEP Absent	SEP Abnormal	SEP Normal
Good recovery or moderate disability, %		8 (3–13)	57 (47–67)
Severe disability, %		18 (11–25)	11 (5–17)
PVS or death, %	100 (99–100)	74 (66–82)	32 (23–41)
Total no.	336	104	98

PVS, persistent vegetative state.

Values are shown as percent having each Glasgow outcome score, with 95% confidence intervals, in parentheses.

S'agit-il d'un patient en fin de vie ?

L'intensité des traitements et les décisions dépendent de la réponse

- **NON**

- La mort n'est qu'une éventualité à une échéance indéterminée
- Mais des facteurs de mauvais pronostic après un ACC n'en sont-ils pas les prémices ?

- **OUI**

- Seuls des moyens techniques sophistiqués empêchent le patient de mourir
- Mais c'est le cas de tous les patients en réanimation...

Difficultés humaines

- **L'âge du patient**
 - facteur en soi
(Swor RA, Acad Emerg Med 2000,
Kim C, Arch Intern Med 2000)
 - mais est-il illégitime de mourir d'un ACC à « certains âges » ?
 - A-t-on « le droit de mourir » à un certain âge sans que cela résulte d'une décision médicale de LAT ?
- **La famille**
 - les sentiments contradictoires
 - le « fardeau » qu'on risque de lui imposer

Tensions éthiques liées au médecin et aux soignants

- Difficulté de juger de l'acceptabilité de la qualité de vie pour quelqu'un d'autre
- Définition du degré de certitude acceptable des preuves de la situation
- Difficulté de reconnaître à temps certaines évolutions
- Leurs propres subjectivité et projections dans l'interprétation de la situation

Enquête auprès 2969 citoyens européens; 35 ± 15 ans	OUI %	NON %
Être en EVC = pire que la mort		
- du pt de vue du pt	54	44
- du pt de vue famille	78	20
Souhaiteriez-vous continuer de vivre si vous étiez en		
- EVC	17	81
- EPR	33	65

Place et responsabilité du réanimateur

- La réanimation rend possible la survie de personnes qui décèderaient sans elle
 - Le constat d'une obstination déraisonnable ne peut être fait qu'à posteriori
- Quelles limites à l'engagement thérapeutique et à sa poursuite ?
- Quelles limites à ce qui est une survie acceptable ?
 - ↳ niveau de conscience permettant une vie relationnelle?

Dilemme éthique

- Ne pas poursuivre les traitements ou les arrêter trop précocement
 - ↳ Ne pas donner toutes ses chances à un patient
- Ne pas arrêter les traitements « à temps » ou suffisamment tôt
 - ↳ Mettre un patient dans une situation qu'il n'aurait pas souhaité ou à fortes contraintes pour lui

Non éthique

Non éthique

Dilemme éthique

- Ne pas poursuivre les traitements ou les arrêter trop précocement
- Ne pas arrêter les traitements « à temps » ou suffisamment tôt



S'interroger sur le sens de l'action médicale
Verbaliser la complexité

a fortes contraintes pour
lui

Non éthique

Non humain

- jmt

la décision médicale n'est pas seulement médico-technique

La médecine n'a pas à créer des situations pires que la maladie ou l'accident

« La médecine ne dépasse-t-elle pas ses fonctions en créant, souvent par manque de prudence, de tels états ? »

Richard MS, Laennec, 2003, n°4 : 19-27

« la médecine a-t-elle à lutter contre la mort sans tenir compte des conditions de la vie ainsi sauvegardée ? »

« La question porte aujourd'hui sur le caractère extrême des formes de vie qui sont la rançon du développement des moyens actuels de lutter contre la mort »

Verspieren P, Laennec, 2003, n°4 : 31- 45

Importance de la délibération

- Situation correctement exposée
- Solutions possibles toutes discutées
- Enjeux éthiques explicités
- Souhaits patient et famille précisés
- Respect de la parole de chacun dans la délibération
- Décision partagée et acceptée par tous (même si certain avis différent)

Responsabilité humaine

La finalité de l'action médicale est **la personne**
et non sa seule santé

Foldscheid D, Wunenburger JJ,

in Philosophie, éthique et droit de la médecine. Paris, PUF, collection Thémis,
1997

Savoir faire appel à

- la phronèsis d'Aristote
- La sagesse pratique de Ricoeur
- l'éthique de la sollicitude