



Docteur Luc BILGER

Jeudi 18 mai 2017

Limitation et arrêt thérapeutique : où en est-on en 2017 ?



40^{ème} Rendez-vous de l'Urgence
Service d'Accueil des Urgences de Strasbourg et SAMU 67

CAS n°1

Intervention SMUR

- Patient de 90 ans, appel au Centre 15 par IDE de l'EHPAD pour AEG d'installation rapide et difficultés respiratoires

Demande de renfort par l'ASSU car désaturation à 85% en AA et marbrures

- A notre arrivée sur les lieux,
 - TA 92/45, FC 74 bpm, Sa 95% sous MHC 10L/min, T 35,9°, FR 30/min, G11/15 (Y4V2M5)
 - Cyanose périphérique majeure, marbrures abdominales et des membres
 - Communication verbale impossible, grimace à la palpation abdominale
 - Contracture abdominale généralisée

Antécédents

- Patient grabataire depuis 2012, GIR 1 : ne communique pas
- Insuffisance rénale chronique stade 4
- Hospitalisé en février 2017 pour sepsis à point de départ urinaire et pulmonaire compliqué d'une décompensation cardiaque
- Cardiopathie multifactorielle
 - Rythmique : ACFA, maladie de l'oreillette, électro-stimulé par pacemaker depuis 2002
 - Ischémique : NSTEMI traité médicalement en 2015
 - Post-hypertensive
- Embolie pulmonaire sur TVP iliaque droite en 2003
- AIT 1990

Conclusion

- Etat de choc à point de départ digestif
- Le transfert hors de la structure paraît déraisonnable (risque de décès)
- Absence de directives claires dans le dossier EHPAD ou dans dernier courrier d'hospitalisation

Que feriez-vous ?

Prise de renseignements

- **Appel de la famille** devant l'autonomie pré-existante et la gravité de la situation,
 - Numéros disponibles sont faux
- **Appel du médecin traitant**
 - Est indisponible
 - Présence de sa remplaçante qui connaît peu le patient
- **Appel du médecin coordinateur** de l'EHPAD
 - LATA instaurée le mois dernier lors d'un épisode de grippe
 - AEG nette depuis plusieurs semaines
 - Décision collégiale d'initier une limitation des thérapeutiques
- Mise en place de patch de DUROGESIC en accord avec remplaçante du MT qui assurera le suivi
- Décès du patient à J3

CAS n°2

Admission au SAU

- Patient de 85 ans, adressé par MT pour AEG avec hyperthermie à 38,5° le 25/01
Contexte de déglobulisation (Hb 5,6 g/dl) et syndrome inflammatoire en ambulatoire (CRP 89 et GB 14 600)
- A l'admission,
 - TA 53/36, FC 56 bpm, Sa 79% sous 6L/min au masque simple, T 37,2°, FR 20/min, G10/15 (Y3V2M5)
 - Pas de signe d'hypoperfusion périphérique, crépitants bi-basaux, pas de signe de lutte respiratoire
 - Volumineux œdème de la cuisse droite

Antécédents

- Troubles cognitifs modérés jamais bilantés mais présumés d'origine vasculaire (MMS 23/30 en octobre 2016)
- Cardiopathie multifactorielle (ETT octobre 2016 : FEVG 37%, PAPs 51 mmHg)
 - Ischémique : IDM antérieur avec angioplastie et stent nu de l'IVA proximale en 2001
 - Valvulaire : IAO modérée (gradient 15 mmHg)
 - Rythmique : ACFA ; choc cardiogénique sur BACFA en 2014
- BPCO
- Hospitalisation en janvier 2017 (et octobre 2016) pour détresse respiratoire secondaire à une PNP d'inhalation à SARM traitée par LINEZOLIDE

Prise en charge

- Pas de directives anticipées, pas de directives claires dans les CRH
- Protocole de Limitation et arrêt des thérapeutiques actives de **niveau 3**
 - Consensus collégial de l'équipe soignante
 - Adhésion de la famille à cette PEC
- Mono-antibiothérapie probabiliste intraveineuse par CEFOTAXIME
- Remplissage vasculaire par colloïdes (1000cc sur 3 heures)
- Transfert en UHCD

Conclusion

- Choc hémorragique sur hématome du psoas et septique à point de départ pulmonaire et urinaire (*Klebsiella Pneumoniae*) traité par CLAFORAN
- Défaillances hépatique et rénale s'améliorant après antibiothérapie et remplissage adaptés
- Décès le 01/02 d'un OAP cardiogénique

ARGUMENTS EN FAVEUR D'UNE LIMITATION ,d'un arrêt ou d'une poursuite des thérapeutiques		
Un refus de soins a-t-il été clairement exprimé par le patient ?	OUI	NON
Existe-t-il une stratégie curative raisonnable ?	OUI	NON
Le pronostic à court terme est-il péjoratif ?	OUI	NON
L'autonomie antérieure à l'hospitalisation était-elle limitée ?	OUI	NON
La qualité de vie du patient risque t-elle d'être très diminuée ?	OUI	NON
La qualité de vie relationnelle future sera très limitée ?	OUI	NON
Un traitement améliora t-il la qualité de vie du patient ?	OUI	NON
Un autre examen complémentaire est-il utile à la réflexion ?	OUI	NON
L'obstination thérapeutique semble t-elle justifiée?	OUI	NON

REFLEXION COLLEGIALE

Consensus trouvé au sein de l'équipe pour déterminer un niveau de soin :	OUI	NON
Si non pourquoi (ex : examen complémentaire ou renseignement insuffisant) :		
..... --		
Nom du responsable chargé de prévenir la famille et le médecin traitant :		

NIVEAU DE SOIN

Niveau 5 : thérapeutique maximale : traitement de toutes les défaillances =pas de décision de LAT

Niveau 4 : thérapeutique maximale mais pas de réanimation en cas d'arrêt cardiaque (*ancienne consigne NTBR*)

Niveau 3 : thérapeutique active mais pas de traitement de nouvelle défaillance et pas de transfert en réanimation

Niveau 2 : limitation des traitements curatifs et démarche palliative

Niveau 1 : arrêt des traitements curatifset démarche palliative: uniquement traitement de confort

NOM DU PATIENT : Page 2

Réflexions

- **Cas extra-hospitalier :**

- Absence fréquente de directives claires
- Absence de protocole de limitation écrit disponible dans les VLM
- Décision collégiale pas forcément possible
- Difficultés dans la gestion de l'aval
 - La place de ce patient est-elle dans un SAU?
- MAJ de la loi peu adaptée au domaine de l'urgence :
 - Incompatibilité entre temporalité extra-hospit et instauration d'une limitation ?
 - Notion de réanimation d'attente ?

Réflexions

- **Cas intra-hospitalier :**
 - Pas de contact pris avec l'équipe de réanimation médicale et/ou médecin traitant
 - Complexité en lit d'aval
 - Refus d'hospitalisation en service de Soins continus
 - Patient « trop lourd » pour secteur conventionnel ?
 - Transféré à J7 en Court Séjour Gériatrique
 - Place de la personne de confiance ?
 - Décalage entre niveau du protocole LAT et prise en charge initiale
 - Pas de support transfusionnel
 - Dose de charge d'aminosides ?

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

