

Quand son cœur flanque et le nôtre aussi

JOURNÉE MONTRÉAL-SHERBROOKE

SIMON PHILIBERT – R2

22 AVRIL 2017

Présentation du cas

Cas intéressant

Femme de 83 ans

Chirurgie élektive :

- Cure hernie para-œsophagienne par laparoscopie
- RGO extrêmement symptomatique

Antécédents :

- HTA bien contrôlée
- HTP légère

Cardiaque :

- Cardiomyopathie hypertrophique
 - Hypertrophie septale
- Sténose mitrale sévère
- FAP
 - Sinusal à l'ECG

Cas intéressant

Femme de 83 ans

Chirurgie élektive :

- **Cure hernie para-œsophagienne par laparoscopie**
- RGO extrêmement symptomatique

Antécédents :

- HTA bien contrôlée
- **HTP légère**

Cardiaque :

- **Cardiomyopathie hypertrophique**
 - Hypertrophie septale
- **Sténose mitrale sévère**
- **FAP**
 - Sinusal à l'ECG

Prise en charge

○ CMPH vs FA

- Sinusal, lent, bonne pré-charge

- Rapide, perte «kick» auriculaire

○ CMPH vs Sténose mitrale

- Bonne pré-charge

- Œdème pulmonaire

○ Sténose mitrale vs FA

- Sinusal, lent

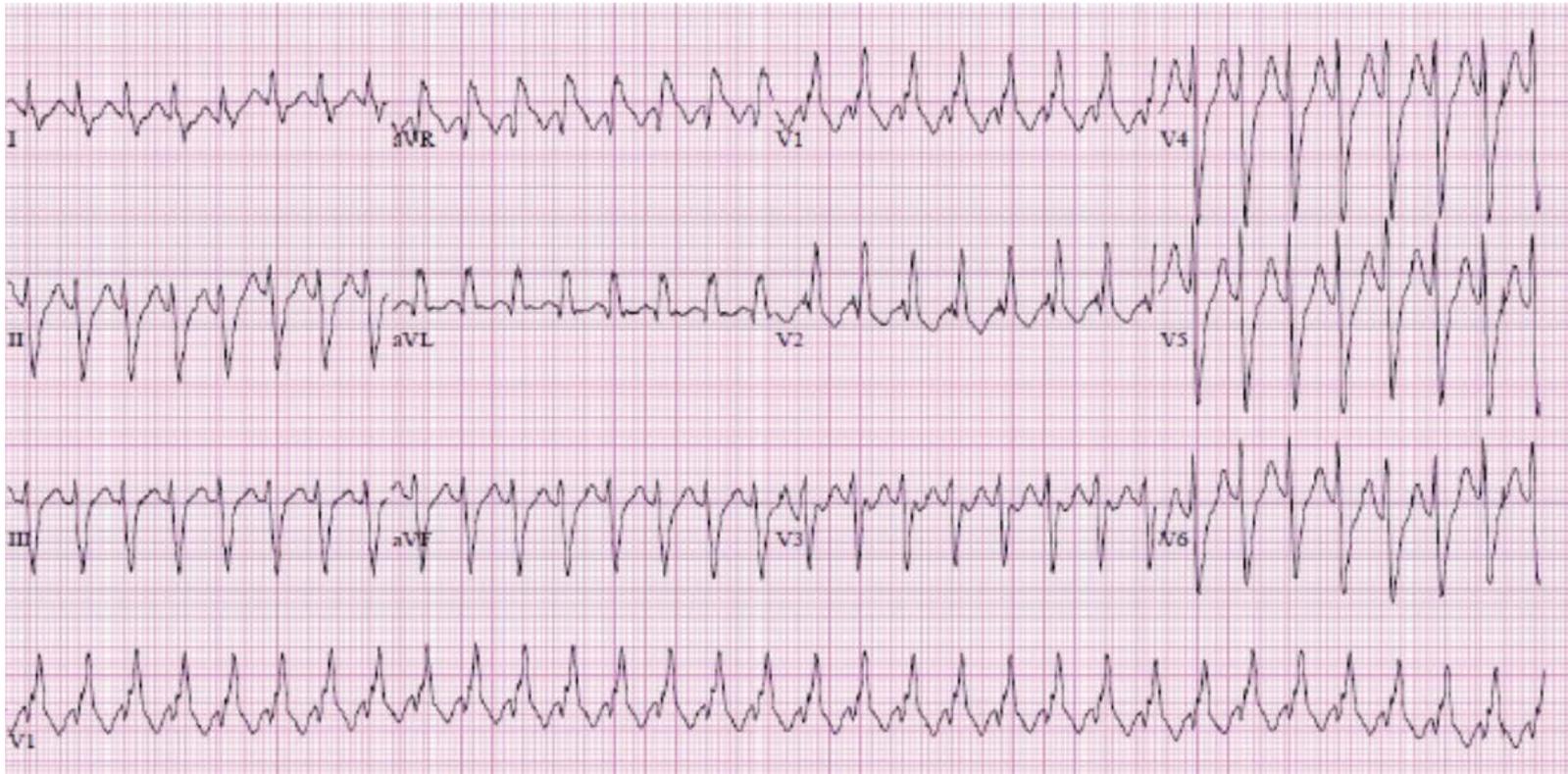
- Rapide, perte «kick» auriculaire

○ Laparoscopie

- Diminution du retour veineux

- Gestion du CO₂ vs HTP

Surprise !



Si c'était vous...

- Vérification du niveau de soin ?
- Discussions pré-op ?

Statut de réanimation, contexte périopératoire et chirurgie élektive

RESPECT DES DÉSIRS DU PATIENT ;
ASPECT LÉGAUX ET ÉTHIQUES

Plan

- RCR et Bloc opératoire
- Littérature
- Aspects légaux
- Failles et solutions

Statut de réanimation et bloc opératoire

- «*Every* arrest that occurs under anesthesia must be considered the **result of an intervention**, and thereby potentially **reversible, until proven otherwise**» ¹

Robert Truog

- Statut de réanimation historiquement suspendu pour les procédures au bloc opératoire ²
- Malaise présent

Croyances

- Personnel entraîné et équipé pour la réanimation¹
 - Inconfort lorsque limites imposées
 - Difficulté établir un ligne claire entre support et réanimation

- Réanimation parfois plus efficace au bloc ²
 - Difficulté de ne pas intervenir
 - Mythe ou réalité ?

1. SMITH KA: DO-NOT-RESUSCITATE ORDERS IN THE OPERATING ROOM REQUIRED RECONSIDERATION. MIL MED 2000, 165(7):524–527.

2. BURKLE, PATIENT AND DOCTOR ATTITUDES AND BELIEFS CONCERNING PERIOPERATIVE DO NOT RESUSCITATE ORDERS: ANESTHESIOLOGISTS' GROWING COMPLIANCE WITH PATIENT AUTONOMY AND SELF DETERMINATION GUIDELINES BMC ANESTHESIOLOGY 2013, 13:2

Mythe ou réalité ?

- Littérature date de plusieurs années
- Étude récente de 2016 ¹
 - Taux de survie à 24h : **32 à 56 %**
 - Taux de survie au congé : **32 %** vs 18%
 - Issue neurologique positive : **50 %**
- **6 patients** sur 7 auront une issue défavorable

Croyances

- Personnel entraîné et équipé pour la réanimation
 - Inconfort lorsque limites imposées
 - Difficulté établir un ligne claire entre support et réanimation

- Réanimation parfois plus efficace au bloc
 - Difficulté de ne pas intervenir
 - Mythe ou réalité ?

- Patients peuvent vouloir conserver leur niveau de soins ¹

1. SMITH KA: DO-NOT-RESUSCITATE ORDERS IN THE OPERATING ROOM REQUIRED RECONSIDERATION. MIL MED 2000, 165(7):524–527.

2. BURKLE, PATIENT AND DOCTOR ATTITUDES AND BELIEFS CONCERNING PERIOPERATIVE DO NOT RESUSCITATE ORDERS: ANESTHESIOLOGISTS' GROWING COMPLIANCE WITH PATIENT AUTONOMY AND SELF DETERMINATION GUIDELINES BMC ANESTHESIOLOGY 2013, 13:2

Littérature

Patient and doctor attitudes and beliefs concerning perioperative do not resuscitate orders: anesthesiologists' growing compliance with patient autonomy and self determination guidelines

Christopher M Burkle^{1*}, Keith M Swetz², Matthew H Armstrong¹ and Mark T Keegan¹

Résultats - Médecin

- Amélioration nécessaire
 - Anesthésiologistes **18 %**
 - Chirurgiens et internistes **35 %**
- **Contexte particulier** du bloc opératoire
 - 53% des médecins peu enclins à respecter les désirs du patient
 - Discussion préalable ?
- Incompréhension chez **55%** des médecins

Résultats - Patients

- Similarité entre les patients et les médecins
 - **50%** suspendraient leur statut de réanimation

- **92 %** des patients désirent être consultés

- Patients comprennent les **subtilités** de la réanimation au bloc

Aspects légaux

- Possibilité de recours légal lors de l'arrêt des manœuvres¹
 - Changement de la politique en Ontario
- Possibilité de recours légal si atteinte physique ou fonctionnelle
 - «Wrongful prolongation of life»
 - **Aucun cas** rapporté au Canada
 - Évolution légale importante aux États-Unis dernièrement

Évolution légale

«There are three main reasons why patients who are provided with life-sustaining treatment against their will typically face an uphill battle when seeking damages for the injury to their right of self-determination:

(A) statutory immunity for medical providers

(B) statutory and contextual limitations on the applicability of advance directives

(C) the common law doctrine that life does not constitute an injury.»¹

Nadia N. Sawicki

Évolution légale

- *Self* contre *Miyard*
 - Prisonnier
 - Tentative de suicide
 - Processus foncièrement **défectueux**
 - Non-respect de la **constitution** possible

Évolution légale

- *Cronin contre Jamaica Hospital Center*
 - «Wrongful prolongation of life»
 - **2 rejets par la cour**
 - Cour d'appel accepte de **réentendre la plainte**
 - Règlement hors-cour pour un montant inconnu

Aspects légaux

- Possibilité de recours légaux lors de l'arrêt des manœuvres
- Possibilité de recours légaux si atteinte physique ou fonctionnelle
 - «Wrongful prolongation of life»
 - Pas de cas au Canada de rapporté
 - Évolution légale importante aux États-Unis dernièrement
 - Pas vraiment de législation du code civil (Loi 52)
- Il serait plus prudent d'honorer les désirs du patient selon *AMA Journal of Ethics*
 - Malgré absence jurisprudence claire

Guidelines - CAS

- Le niveau de soin devrait être **révisé** avant l'anesthésie
 1. Patient conscient de son statut de réanimation et le comprend
 2. Réviser **le sens ou l'intention** du statut de réanimation
 - En lien avec la procédure (RCR/intubation prolongée)
 - En lien avec le devenir (perte d'autonomie, perte qualité de vie, fardeau)
 3. Vérifier si le statut de réanimation avait été établi dans un autre contexte et si celui-ci est toujours d'actualité ? Est-ce que celui-ci s'applique au contexte de bloc opératoire ?

Considérations éthiques

MÉDECIN

- Ne pas nuire
- Légales
- Responsabilité
- Mœurs médicales

PATIENT

- Autonomie
 - Désirs
 - Projets de vie
 - Type de décès

Failles

- Évolution des mœurs chez les patients
- Discussion effectuée surtout face aux manœuvres
- Culture
- Environnement
- Formation déficiente

Failles

- Discussion sur le niveau de soins sont peu fréquentes et arrivent trop tard¹
- Les informations **données** par les médecins ne permettent pas de consentement **libre et éclairé** ^{1, 2, 3}
 - **4% des résidents** abordaient les chances de survie
 - **80 %** des répondants croient que le **taux de survie était de 50%**

Pistes

- Établir des programmes de formations formels
 - Communication
 - Discussions du niveaux de soins
 - Devenir possible du patient
- Discussions effectuée sur le sens de statut de réanimation

Pistes

- Demander aux patrons ou aux seniors d'effectuer ces discussions
- Changement de culture médicale
 - Selon la spécialité
 - Selon la disponibilité des traitements

Retour sur le cas

- Cas trop difficile pour le Collège Royal
 - Dilemme éthique important
 - Absence de bonne réponse

- Prise en charge selon le **jugement** de l'anesthésiologiste

À retenir

- Patient au centre des décisions
- Importance de la discussion préopératoire
- Être conscient des failles et points à améliorer
- Réanimation plus efficace, mais à quel prix ?

Questions/Commentaires
