

Limitation d'explorations et de bilans en gériatrie

SBG 12/12/18

Professeur Armelle Gentric-CHU Brest

Docteur Sylvie Lotton Barbotin-PH Dinan

Madame L. 87 Ans

- Hospitalisation en CSG le 03/09/18 pour dyspnée et sensation d'oppression thoracique.
 - Diagnostic posé au SAU: décompensation cardiaque globale.

On note: deux hospitalisations depuis mai 2018 pour découverte de FA en mai compliquée d'une décompensation cardiaque globale (31/05 AU 11/06) et décompensation cardiaque en Aout(19/08 AU 23/08).

Passage au SAU 48h avant sa FA pour chute mécanique et fracture du bassin

Une seule autre hospitalisation en 2012 pour fracture du poignet

Madame L.

- **Co Morbidités**
 - HTA
 - FA
 - RAC à 1 cm²
 - Ostéoporose fracturaire
 - Troubles cognitifs non explorés

Madame L.

- Traitement:
 - Lasilix 40: 1.0.0
 - DiffuK: 1.0.1
 - Perindopril 4 mg: ½.0.1/2
 - Bisocce 2,5: 1.0.0
 - Eliquis 2,5: 1.0.1

Madame L.

- Autonomie avant hospitalisation

IADL: 9/14

A – ... Utiliser le téléphone

- 1 – De sa propre initiative, cherche et compose les numéros

B – ... Faire les courses

- 3 – A besoin d'être accompagné quelque soit la course

C – ... Préparer les repas

- 2 – Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients

D – ... Entretien le domicile

- 2 – Ne fait que les travaux d'entretien quotidiens

E – ... Faire la lessive

- 2 – Lave les petites affaires

F – ... Utiliser les moyens de transport

- 4 – Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement

G – ... Prendre les médicaments

- 2 – Peut les prendre par lui-même s'ils sont préparés à l'avance

H – ... Gérer son budget

- 2 – Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer à long terme

Madame L.

- Au niveau de la toilette a besoin d'une aide partielle
- Au niveau de l'habillement, autonome
- Au niveau de la marche, a besoin d'une canne simple et fait ses transferts seule.
- Au niveau du contrôle sphinctérien: continente.
- Au niveau cognitif, ses enfants parlent de quelques troubles de la mémoire mais sans retentissement sur le quotidien pour eux.
- Lecture de revues, de Ouest France. Passe beaucoup de temps dans son jardin.
- A son arrivée, on repère des troubles de la mémoire, une désorientation dans le temps et l'espace. Le langage est fluent et le discours reste adapté. Absence de dysthymie.
- Au niveau nutritionnel
 - Albumine 37g/dl
 - CRP 1mg/l

Madame L.

- Evolution dans le service:
 - Traitement déplétif jusqu'à 250mg/24h associé à Esidrex 25mg/24h et Oxygénothérapie

Amélioration clinique dans un premier temps avec diminution des NtproBnp(3000 à 1500) mais épisodes d'agitation nocturnes avec sensation d'étouffement mis sur le compte de l'anxiété au début. La nuit du 08/09/18, épisode de désaturation à 75%

Madame L.

- Auscultation pulmonaire anormale
- Suspicion EP
- AngioTDM: pas EP, épanchements pleuraux bilatéraux et abondants et infiltration tissulaire cervico médiastinale étendue
- Ponction pleurale le 14/09/18(900cc): liquide hématiche
- Résultats cyto: Lymphome de haut grade
- Nécessité d'un immunophénotypage sur ganglion ou liquide pleural + TEP TDM
- Nouvelle ponction Pleurale 48 h après à gauche(40cc) pour évacuation et confort et immunophénotypage. Epanchement cloisonné.

Madame L.

- Famille rencontrée à 2 reprises après les résultats du liquide de ponction pleural.
- Elle a 8 enfants.
- La première fois, on rencontre 4 enfants qui s'effondrent pendant l'entretien.
- Ils sont partagés sur la conduite à tenir, certains veulent qu'elle guérisse coûte que coûte, d'autres ne veulent pas d'acharnement..
- La seconde fois, on rencontre 6 enfants. Ils ne veulent pas d'acharnement si traitement lourd avec effets secondaires mais espèrent une guérison ou au moins une augmentation de sa durée de vie sans souffrance.
- Ils désirent un RAD, souhait de leur mère.

Madame L.

- Parallèlement à ce diagnostic, on assiste à une altération de l'état général. La patiente s'alimente très peu, devient confuse et perd son autonomie.
- Apparition d'un syndrome cave.
- Au niveau paraclinique, pas d'anémie, insuffisance rénale aigüe.

Madame L.

- **Quelle serait votre CAT ?**

Madame L.

- Avis Oncogériatre:
 - Peu de comorbidités
 - Avis cardio et ETT si hématologue ok pour traitement par chimiothérapie.
 - Balducci 3 en théorie
- ETT: Maladie aortique RAO serré, 0,85 cm²
- Avis hématologue:
 - Décision de chimiothérapie (Endoxan, Oncovin, Prednisone)
 - Bénéfices sur état général et confort avec de bons résultats possibles et des doses moindres bien supportées en général.

Madame L.

- Première cure de chimio le 18/09/2018
- Décès le 19/09/2018

Madame R. 80 Ans

- Patiente vu en HDJ diagnostic gériatrique le 17/09/2018 pour suivi dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer.
- Antécédents:
 - Hernie hiatale
 - Hémorragie digestive basse en 2013 sur diverticulose pan colique et transfusion
 - Maladie d'Alzheimer diagnostiquée en 2012 avec MMSE à 14/30

Madame R.

- Traitement:
 - Alprazolam 0,25: 1.1/2.1
 - Citalopram 20: 1.0.0
 - Doliprane 1g: 1.1.1
 - Macrogol: 1.0.0
- Autonomie: GIR 1
- Mode de vie: Vit à domicile avec son mari; Aide ménagère 2 h par semaine; IDE matin et soir pour soins SHOP; accueil de jour 3 fois/semaine et portage de repas.
- Pas de troubles du comportement
- Mari non épuisé et semblant apaisé
- MAIA pour suivi à domicile pour le risque d'épuisement de son mari et éloignement géographique des enfants.

Madame R.

- Problématique:
 - Découverte fortuite d'une anémie ferriprive au cours de cette hospitalisation avec perte de 4 g d'hb en 10 mois.
- Que faire?

Madame R.

- Qu'en pense la patiente?
- Qu'en pense le mari?
- Qu'en pense sa fille?
- Qu'en pense le médecin traitant?

Mme D. 25/05/1936

Vit avec son mari à domicile, 2 enfants proches, 5 petits enfants.

N'a jamais travaillé

2004 : Syndrome dépressif (décès de sa mère Maladie d'Alzheimer)

2007 : AVC régressif (hémiplégié droite)

2014 : Maladie de Horton, syndrome confusionnel sous corticothérapie
Non réévaluée sur le plan cognitif, quelques troubles mémoires et épisodes d'hallucinations

2015 : Diagnostic de maladie à Corps de Lewy. MMS 19/30

Aidée par son mari pour le traitement, le budget, la cuisine

2016 : MMS 15/30, hallucinations (→ RISPERDAL 2.5mg matin et soir)

Chutes à répétition

Juillet 2017 : Hémiplégié droite avec aphasie régressive

Bilan étiologique :

- ECG / holter ECG

- Scanner / IRM → leucopathie vasculaire étendue, atrophie

cortico-sous corticale diffuse

- Echographie cardiaque

- Echodoppler des troncs supra-aortiques

→ **Sortie à domicile** marche possible avec déambulateur

23/01/2018 :

Hospitalisation pour altération de l'état général. GIR 2

Troubles de déglutition se majorant

Apports caloriques \approx 840 Kcal/jour

Escarres sacrées et talonnières stade 2

Ne marche plus depuis 2 mois

Discussion GPE, la patiente refuse

Mari, enfants et médecin traitant pour la GPE

Décision : retour à domicile / tenter de poursuivre l'alimentation orale

12/07/2018 :

Ré-hospitalisation car ne s'alimente à peu près plus

mutique, opposante

Le mari demande à nouveau instamment une GPE avec le soutien du médecin traitant

Discussion collégiale

...« Il nous paraît délicat et peu pertinent d'aller à l'encontre de la famille et du médecin traitant, même si nous avons des réserves quant à la qualité de vie vécue par Mme D. et sa volonté de vivre avec cette sonde de nutrition entérale »

15/07/2018: mise en place GPE

03/09/2018 : Pneumopathie d'inhalation → hospitalisation
CEFTRIAXONE + METRONIDAZOLE

08/09/2018 : Sortie à domicile (HAD) avec reprise alimentation entérale

Conclusion

- **La limitation des soins et des examens dans notre pratique gériatrique est interrogée chaque jour.**
- La finalité de nos examens et de nos soins doit être interrogée.
- Pour autant, il semble important de savoir ce que l'on soigne.
 - La documentation de la pathologie cible est nécessaire pour pouvoir adopté une stratégie soit thérapeutique soit de limitation.
 - Elle permet aussi d'être rassurant pour le patient et son entourage. On sait de quoi on parle..
- Comment choisir?
 - Classiquement, les comorbidités, les fragilités repérées, l'autonomie, la cognition, le comportement, la nutrition.
 - Puis, interroger le patient sur ce qu'il souhaite, interroger l'entourage à la fois sur ce que le patient leur dit ou leur a dit s'il ne s'exprime pas et ce qu'il en pense.
 - Interroger l'équipe soignante, le médecin traitant, l'EMASP. ...
- Quels outils pour nous aider?

Les outils

- Les directives anticipées
- Indice de Comorbidité de Charlson
- Score de Lee
- La grille de Sebag Lanoë
- La grille :Indication du niveau d'intervention médicale
- Les temps de synthèse pluridisciplinaire

Grille de questionnement éthique

Quelle est la maladie principale de ce patient ?

Quel est son degré d'évolution ?

Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?

Est-il facilement curable ou non ?

Y a-t-il eu répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes diverses ?

Que dit le malade s'il peut le faire ?

Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?

Quelle est la qualité de son confort actuel ?

Qu'en pense la famille ? (Tenir compte de ...)

Qu'en pensent les soignants que le côtoient le plus souvent ?

Score de LEE

- **Aide à l'estimation de la survie : Score de Lee**

Permet d'estimer le risque de mortalité à 4 ans chez des sujets âgés par un auto-questionnaire

- **Lee et al. JAMA 2006;295:801-808. Score % de décès à 4 ans**
- **0-5 < 4%**
- **6-9 15%**
- **10-13 42%**
- **≥ 14 64%**

55,7 points

2. Sexe	Male : 2 points
3. IMC	< 25 : 1 point
4. Est-ce qu'un docteur vous a déjà parlé de diabète ou d'un excès de sucre ?	Diabète : 2 points
5. Est-ce qu'un médecin vous a parlé de cancer ou de tumeur maligne, excepté les petits cancers de la peau ?	Cancer : 2 points
6. Avez-vous une maladie chronique du poumon qui limite vos activités habituelles ou nécessite de l'oxygène à la maison ?	Maladie pulmonaire : 2 points
7. Est qu'un docteur vous a parlé d'insuffisance cardiaque congestive ?	Insuffisance cardiaque : 2 points
8. Avez-vous fumé des cigarette durant la dernière semaine ?	Tabac récent : 2 points
9. Du fait de problèmes de santé ou de mémoire, avez-vous des difficultés à prendre un bain ou une douche ?	Bain : 2 points
10. Du fait de problèmes de santé ou de mémoire, avez-vous des difficultés à gérer votre argent- comme payer des factures ou faire vos comptes ?	Finances : 2 points
11. Du fait de problème de santé, avez-vous des difficultés à marcher quelques centaines de mètres ?	Marche : 2 points

Les index de comorbidités



- Un moyen pour appréhender la somme des comorbidités
- Le plus connu et le plus facile à utiliser :
 - L'index de CHARLSON (559 patients)
 - Somme les comorbidités et leur poids
- Le Cumulative Illness Rating Scale
 - Prend en compte la sévérité de chaque Comorbidité de 0 à 4.
 - Très long à passer et nécessité guide

Score de Charlson	Mortalité à 1 an
0	12 %
1-2	26 %
3-4	52%
≥ 5	85 %

Score de Charlson

Catégorie	Score
Infarctus du Myocarde (IM)	1
Insuffisance Cardiaque (IC)	1
Maladie vasculaire périphérique	1
Accident vasculaire cérébral (AVC ; sauf hémiplegie)	1
Démence	1
Maladie pulmonaire chronique	1
Connectivite	1
Ulcère gastro-duodéal	1
Maladie hépatique légère	1
Diabète (sans complication)	2
Diabète avec atteinte d'organe cible	2
Hémiplegie	2
Maladie rénale modérée ou sévère	2
Tumeur solide secondaire (non métastatique)	2
Leucémie	2
Lymphome	2
Maladie hépatique modérée ou sévère	3
Tumeur solide secondaire métastatique	6
SIDA	6

Catégorie d'âge	Pondération
50-59	1
60-69	2
70-79	3
80-89	4
90-99	5

† Mortalité à 1 an :

score « 0 » 12%

« 1-2 » 26%

« 3-4 » 52%

« ≥5 » 85%

● Pourcentage de décès liés aux comorbidités:

score « 0 » 8%

« 1-2 » 25%

« 3-4 » 48%

« ≥5 » 59%

Indication du niveau d'intervention médicale

- 1- Maintien de toute fonction par tout moyen possible
 - Investigation et traitement maximaux
- 2- Maintien de toute fonction par tout moyen proportionné
 - La plupart des interventions et traitements, y compris, les transferts sont pertinents
- 3- Correction de toute détérioration qui semble réversible pour rétablir l'état pré morbide
 - Investigation et traitements limités à la situation réversible
 - Transferts à éviter sauf si succès escompté(F.col, abdo aigu..)
- 4- Intervention limitée par le confort du patient
 - Investigation et traitement indiqués uniquement pour maintenir ou augmenter le confort
 - Eviter la cause de l'inconfort
 - Des interventions peuvent être appropriées(prise de sang,radio,solutés,antibio..)
 - Transferts à éviter sauf à visée antalgique
- 5- Intervention adaptée à la phase terminale
 - Investigation ou intervention curative non indiquées
 - Interventions visant à soulager la douleur et favoriser la sérénité du patient

Échelle du CSSS Richelieu-Yamaska

1. Niveau d'intervention maximale

- Traitement par tous les moyens possibles
- visée curative / prolongation de la vie

2. Niveau d'intervention sélective

- Traitement des détériorations réversibles par moyens proportionnés

3. Niveau d'intervention palliative avec visée curative

- Interventions visant à assurer le confort de l'utilisateur
- Correction de patho. réversibles, sans causer d'inconfort

4. Niveau d'intervention palliative sans visée curative

- Assurer confort
- Pas de correction de patho. réversibles, laisser la nature suivre son cours...

Statut de RCR

<p>Objectif A Prolonger la vie par tous les soins nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert¹ si l'intervention n'est pas disponible sur place. Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses lorsqu'appropriées.</p>
<p>Objectif B Prolonger la vie par des soins limités</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, en fonction des circonstances et des résultats attendus. Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés⁴ ou inacceptables⁵ par l'utilisateur ou son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables (par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).</p>
<p>Objectif C Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les soins visent en priorité le confort de l'utilisateur par la gestion des symptômes. Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles; par des soins jugés acceptables par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur (par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie). Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire³ est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire² sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).</p>
<p>Objectif D Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes (par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.). Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort (par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile). Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'utilisateur conscient, l'assistance respiratoire³ (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire² sont exclues. Chez l'utilisateur vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.</p>

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

La RCR fait partie de la même discussion que celle des niveaux de soins. La décision est précisée de façon distincte afin de permettre une décision rapide dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. La décision concernant la RCR n'est applicable que dans le cas d'un arrêt cardiaque avec arrêt de la circulation. Dans le cas où une tentative de RCR est souhaitée, les mesures disponibles sur place seront entreprises dans l'attente des services d'urgence, selon le cas.

Il existe de nombreux contextes dans lesquels une discussion sur les niveaux de soins est indiquée. De façon générale, une discussion devrait être amorcée avec toute personne dont le pronostic actuel laisse entrevoir à court ou à moyen terme une non-amélioration ou une détérioration durable de son état de santé, de sa qualité de vie ou de son autonomie. La détérioration de l'état de santé comprend, sans y être limitée, le risque d'un événement de santé aigu surajouté à un état de santé fragilisé notamment par la présence simultanée de plusieurs problèmes de santé, un risque de récurrence ou un risque inhérent aux interventions proposées.

Les exemples suivants illustrent les personnes visées :

- personne ayant une espérance de vie limitée, un risque élevé de détérioration en raison d'un état de santé aigu ou chronique ou d'un état de fragilité;*
- personne à risque de complications majeures lors d'une intervention chirurgicale, d'une endoscopie ou d'autres interventions invasives;*
- personne recevant des soins palliatifs ou des soins de fin de vie;*
- personne aux prises avec des troubles cognitifs avérés, particulièrement à leur début, alors que la personne est encore apte;*
- personne suivie en oncologie qui a un pronostic réservé;*
- personne qui a une probabilité élevée d'être hospitalisée ou admise à l'urgence dans l'année;*
- personne admise à l'urgence, en soins aigus ou aux soins intensifs;*
- personne qui a formulé et enregistré une directive médicale anticipée (DMA);*
- toute personne qui en fait la demande.*