

Cas clinique de Refus de soin

Création : Michel Hasselmann

Présentation : Fabienne Anthony & Guy Freys

Discutants : Marie-Jo Thiel & Pierre Basset

Colmar 29 novembre 2016

Histoire clinique

- M. J.C., 75 ans
- Ancien professeur de mathématiques
- HTA, obésité, diabète 2 insulino-requérant
- Épouse décédée six ans plus tôt
- Vit seul chez lui, sans aide (2ème étage d'une petite résidence). Propriétaire
- Père de 2 enfants (H50, F48)
- 5 petits enfants – 4 arrières petits enfants

- Depuis 48h, M. JC ressent une gêne respiratoire discrète et une oppression thoracique.
- En contrôlant son pouls, il constate que son cœur bat rapidement et de façon anarchique.
- Il en conclut qu'il fait une nouvelle crise de TACFA, comme cela lui est arrivé l'an passé.
- Il ne s'inquiète pas et ne consulte pas.

- Le lendemain matin, il ressent une très violente douleur dans tout l'abdomen qui évolue par crises, avec malaise et sueurs froides.
- Il appelle son médecin qui constate :
 - hypotension à 89/54 mmHg,
 - pouls rapide et arythmique à 148c/mn,
 - polypnée à 28c/mn.
 - ventre souple à la palpation, sans bruit hydro-aérique.

- La SAMU est contacté et M. JC est transféré au SAU de l'hôpital de proximité.
- Le diagnostic **d'ischémie mésentérique** est évoqué et confirmé par un angioscanner

M. JC ne désigne pas de personne de confiance



Ischémie mésentérique massive par embol mésentérique supérieur : interruption de l'opacification de l'artère mésentérique supérieure, seule la paroi de la première anse jéjunale est rehaussée

- Au retour du scanner :
 - Patient très confus,
 - Polypnéique,
 - en état de choc (PA à 65/ 35mmHg),
 - TACFA à 158 c/mn.
- Il est rapidement intubé sous Etomidate (0,4 mg/kg) et Celocurine 1,5mg/kg.

Les médecins n'ont pas eu le temps de l'informer du diagnostic et de la sanction chirurgicale qu'il implique. (Laparotomie et exérèse +/- étendue du grêle)



L'équipe soignante est mal à l'aise car M. JC n'a pas de PC et n'a pas donné son accord pour être opéré. Les avis sont partagés :



Il faut suivre les directives anticipées signées en 2013 bien que les 3 ans de validité ont expiré en mai 2016



Il faut demander l'autorisation d'opérer à la famille ou à défaut, à un proche



Il ne faut de toute façon pas l'opérer car on ne sait pas ce qu'il voulait



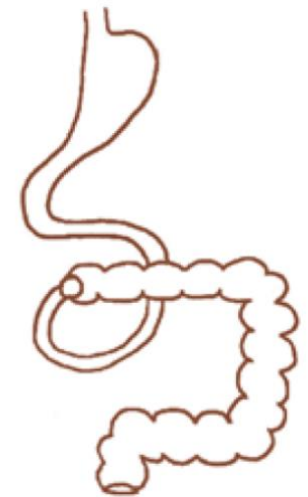
Il faut l'opérer car il y a urgence vitale



NSP

Ce que nous avons fait

- Information du fils par téléphone
- Décision collégiale d'opérer
- Laparotomie médiane sous-ombilicale :
 - Nécrose du 1/4 distal du jéjunum,
 - de l'iléon
 - du colon D + moitié du transverse
- Résection du TD nécrosé
- Anastomose jéjuno-colique



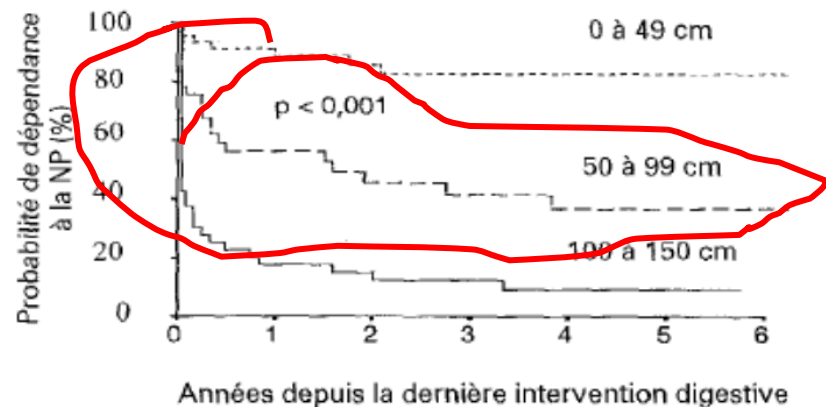
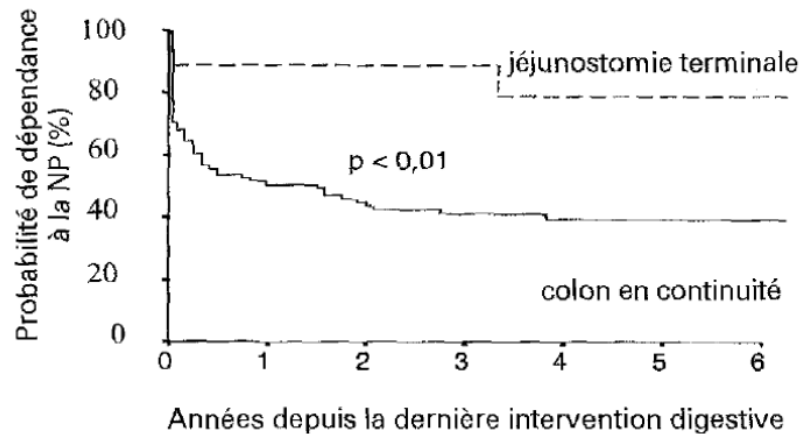
Type II : anastomose
jéjuno-colique

TD restant : 80 cm de grêle + colon gauche

Facteurs prédictifs de sevrage NP

Longueur :

- ≥ 115 cm pour type 1
- $\geq 50-70$ cm pour type 2
- $\geq 30-35$ cm type 3



Messing B, Gastroenterology, 1999

- Transfert en soin continu de chirurgie puis...
- J3 : Transféré en gastroentérologie
- Début d'une nutrition parentérale totale
- Mise en place d'un cathéter de type Broviac

Cathéter type Broviac





Recommandations post-opératoires des gastroentérologues

- Nutrition parentérale exclusive 24h/24h, compenser les pertes hydro électrolytiques
- Apport vitamines et micro nutriments
- Traitement médicamenteux:
 - IPP : réduire hypersécrétion gastrique
 - ralentisseurs du transit (lopéramide)
 - chélateurs sels biliaires (questran)

Surveillance : état hydratation, diurèse, TA, poids/j,
quantification pertes, Iono sang et urinaire.

- L'état général s'améliore en une dizaine de jours
- Mais M. JC se sent fatigué, découragé, a peur de ne plus pouvoir vaquer à ses occupations, de ne plus voir ses amis
- Pense qu'il ne pourra plus manger normalement

Prescription de sortie des gastroentérologues

- But : sevrage NP, réduire la NP dès que les ingestats $>$ 50% des besoins
- NP cyclique nocturne (20h-8h)
- Reprise de l'alimentation orale progressive, même si cela accroît la diarrhée
- Réhydratation orale : gélules de NaCl per os et eau de Vichy ou solutés OMS
- Supplémentation : KCl, Mg, Ca, zinc, vitamines ADEK, B12



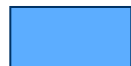
A J20, l'équipe soignante s'interroge sur l'orientation de M. JC qui veut rentrer à domicile



Retour à domicile



Soin de Suite et Réadaptation (SSR)



Court séjour gériatrique



NSP

- **M. JC accepte son transfert en SSR**
- Au cours du séjour dans ce service :
 - Infection du point d'émergence du KT
 - Petit abcès de paroi
 - Début d'une prise alimentaire per os minimale
 - Patient déprimé et apathique
- **Il refuse de faire son auto-surveillance et ses injections d'insuline**



L'équipe soignante est partagée sur le fait de faire à sa place la surveillance et le traitement du diabète

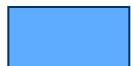
Faut-il faire la surveillance du diabète à la place de M. JC ?



OUI



NON



Faire la surveillance à sa place de temps en temps



NSP

- Bienfaisance & Non-malfaisance
- Respect de l'autonomie
- Principe d'humanité
- Justice

Tom L. Beauchamp , James Childress. « *Les principes de l'éthique biomédicale* » (5eme édition, traduction française). Ed : Les Belles Lettres, Collection : Médecines et sciences humaines, Paris, 2008; 456p

Principes éthiques en jeu

**Bienfaisance /
non-malfaisance**

- Les soins prodigués doivent faire du bien
- On doit s'abstenir de nuire

**Principe
d'humanité**

- Caractère inaliénable de la nature humaine,
- Respect de la dignité

Autonomie

- Chaque personne peut prendre les décisions qui la concerne
- Peut accepter ou refuser l'information et les soins

Ce que nous avons fait

*Nous avons convaincu M. JC
de poursuivre son auto-surveillance*

Retour à domicile à J 36

- Premiers jours difficiles, se referme sur lui-même, ne veut pas voir ses amis.
- Prestataire livre les poches toutes les 48h
- IDE : branchement le soir et débranchement le matin
- Certaine liberté
- Mais dépression, amaigrissement
- Fait part à l'infirmière qu'il ne veut plus de cette vie là
- Difficultés pour les branchements

*Deux mois après la chirurgie,
M. JC refuse la poursuite de la NP*

- Le médecin traitant :
 - Ne constate aucune altération cognitive, aucune maladie intercurrente
 - Lui explique la gravité de cette volonté
 - Essaye de le convaincre.
- M. JC ne change pas d'avis, sa décision semble prise.
- Que faire ?

Information : Respect de l'autonomie

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Art. L. 1111- 4

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix [.....] »

Ponce Pilate, préfet de Judée, se lave les mains pour signifier son désaccord



Information : Principe de bienfaisance

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Art. L. 1111- 4

« [...] Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, **le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables** »



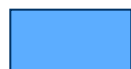
Le médecin a tout essayé pour convaincre le patient. Il ne sait pas quoi faire...



Accéder à la demande du patient



Le transférer aux urgences, sous sédation si nécessaire



Le transférer en gastroentérologie, sous sédation si nécessaire



Demander la conduite à tenir au Procureur de la République



NSP