

Aspects propres à la prise en charge palliative des AVC ischémiques à la phase aiguë et subaiguë.

Dr MIONE Gioia – Unité neurovasculaire – CHRU de Nancy (54)

Dr MEUNIER Karine – Equipe mobile de coordination en soins de support et de soins palliatifs – CH de Haguenau (67)

INTRODUCTION

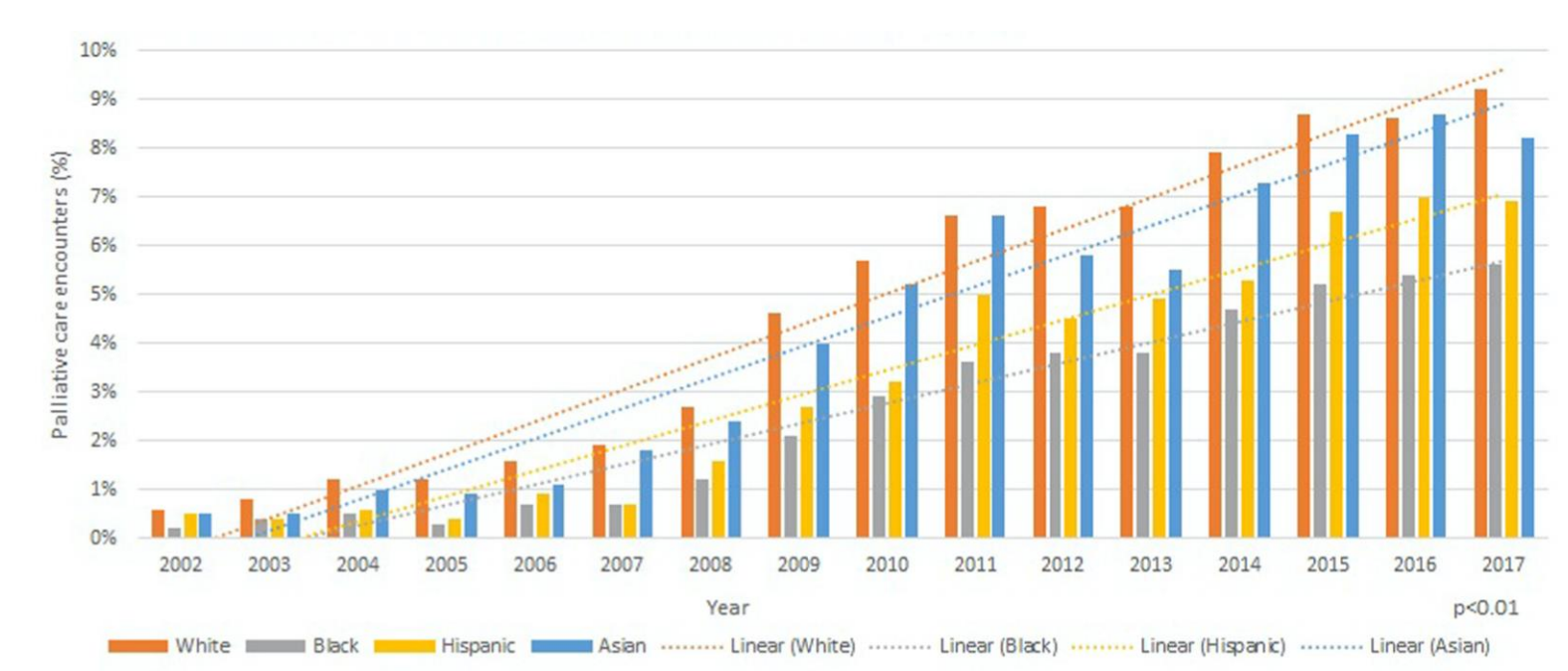
L'essor des stratégies de reperfusion et la prise en charge en UNV diminuent la mortalité et le handicap post-AVC **MAIS** 45% des patients survivants sont dépendants à 5 ans (mRS 3-5) (1).

Trajectoire foudroyante
Trajectoire vacillante : le pronostic vital
Trajectoire traînante : la survie avec handicap sévère

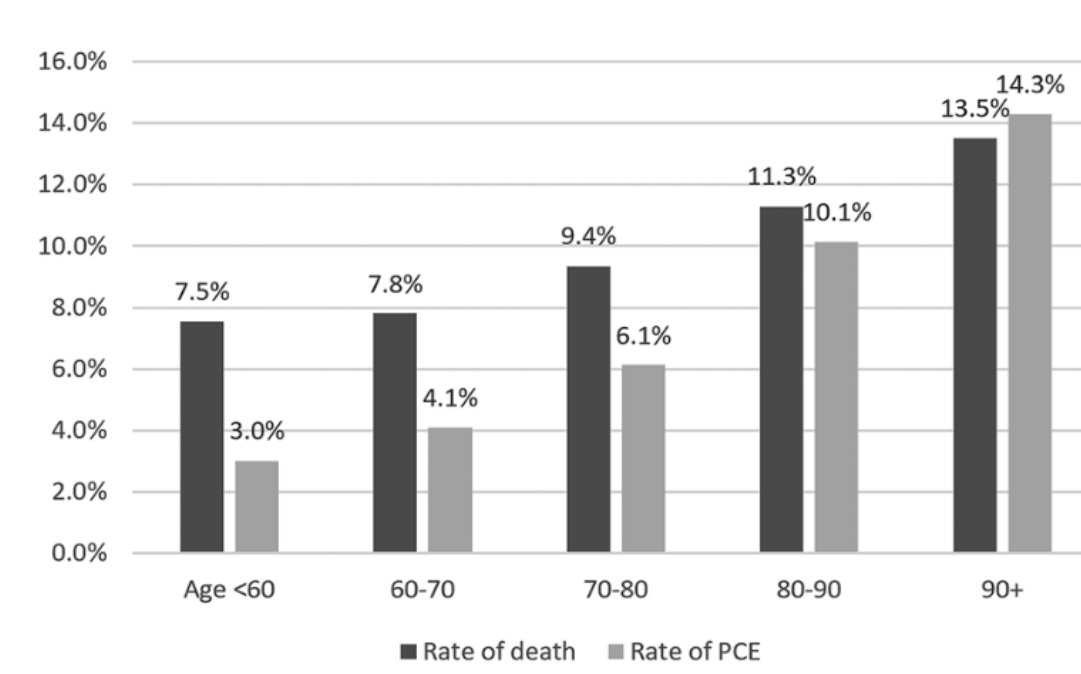
Ici peut se poser la question des soins palliatifs (2)

RESULTATS

Disparités d'accès à une prise en charge palliative



Evolution de l'accès aux soins palliatifs aux Etats-Unis selon l'origine ethnique (3)



Taux de mortalité et d'abord palliatif chez les patients victimes d'AVC selon leur âge (4) (PCE : abord palliatif)

Facteurs influençant l'accès aux soins palliatifs :

- ❖ Déficit de connaissance des soins palliatifs, raisons culturelles, manque de confiance dans le système de santé
- ❖ Différences d'organisation, de ressources et de culture hospitalière locale (5)
- ❖ Influence des caractéristiques de l'hôpital (6)

Pronostic des patients orientés vers une prise en charge palliative

- ❖ Critères utilisés : âge, sévérité de l'AVC, autonomie, comorbidités
- ❖ Prédications meilleures par cliniciens vs échelles (13)
- ❖ Comment améliorer l'estimation pronostique ? (14)
 - En la reportant de 48-72h
 - En la faisant à plusieurs
- ❖ « Disability paradox » (15)
- ❖ Association entre prise en charge palliative précoce et mortalité : Prophétie auto-réalisatrice ? (16)
- ❖ Des patients bien informés, choisissant d'arrêter les traitements de maintien en vie peuvent recevoir des soins d'excellente qualité mais avoir une mortalité supérieure. (17)

Directives anticipées et sollicitations des proches

- ❖ Raisons de l'absence de rédaction de directives anticipées (19) :
 - Inconfort du médecin
 - Incertitude du pronostic
 - Refus du patient ou de la famille d'en discuter
- ❖ Admission à l'hôpital = opportunité d'aborder les préférences du patient en terme d'intensité de traitement et d'objectifs de soins (13).
- ❖ Principe d'autonomie en majeure partie respecté par les proches (15)
 - Souhaits exprimés
 - Meilleur intérêt du patient

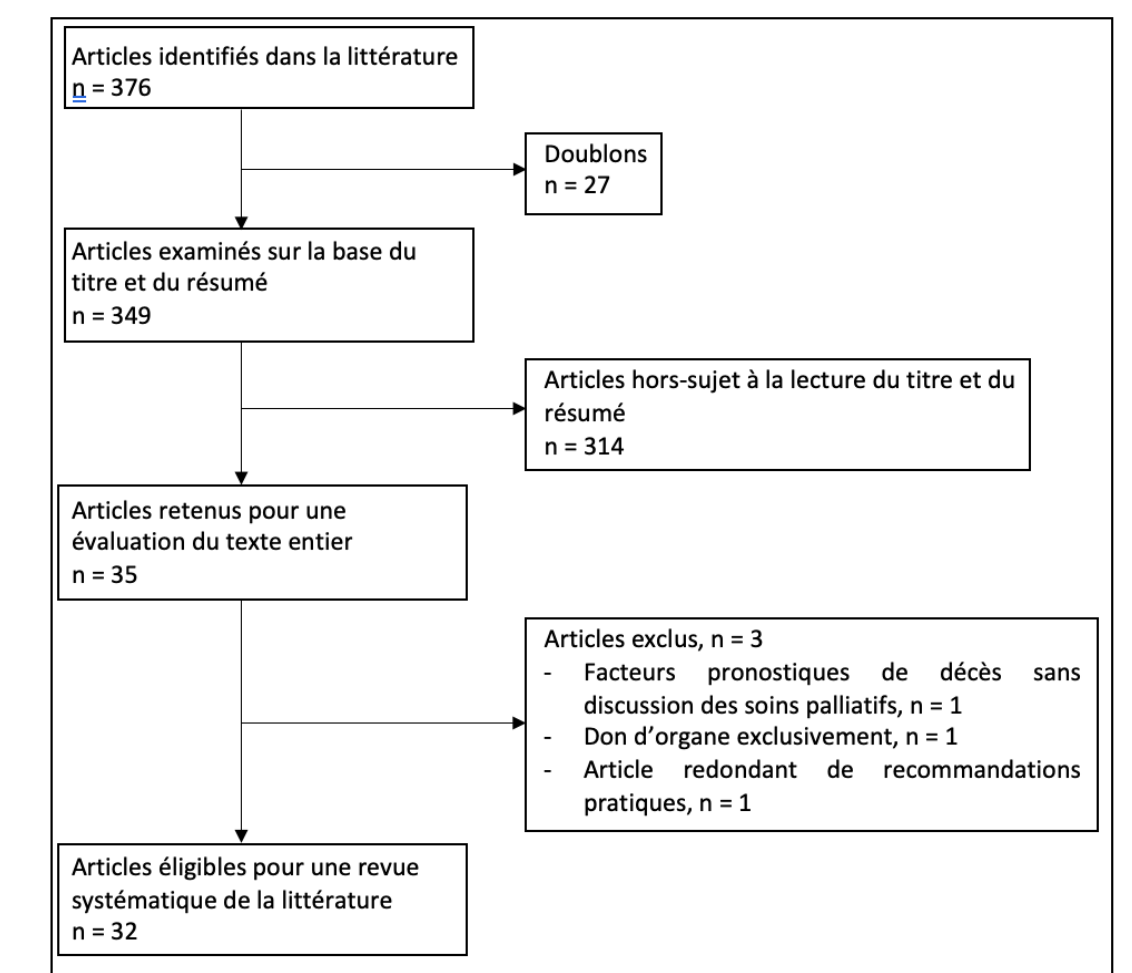
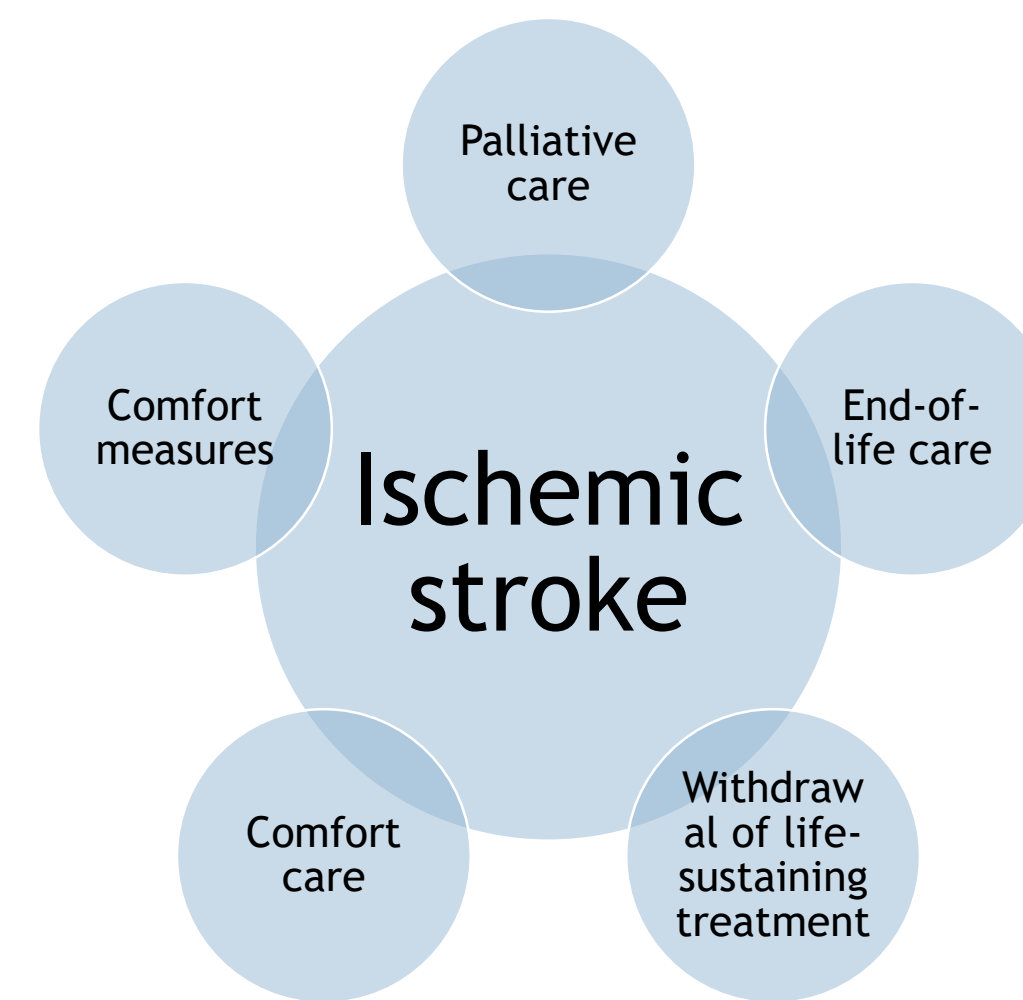
Stress des proches
Facteurs familiaux
Biais de mémoire

DISCUSSION

- ❖ Patients atteints de maladie neurologique = plus large population en soins palliatifs non oncologiques
- ❖ Particularités de la prise en charge palliative du patient victime d'AVC :
 - L'Accident
 - Incapacité à communiquer
 - Risque de dégradation rapide
 - Absence de défaillance d'autres organes
 - Incertitude pronostique
 - Difficulté à reconnaître le processus du « mourir » et l'entrée dans la fin de la vie (22)
- ❖ Rapprochement des soins palliatifs ⇒ sentiment de reprendre le contrôle sur la vie
- ❖ Identification précoce des patients justifiant une consultation en soins palliatifs
- ❖ Définir comment les soins palliatifs doivent être délivrés à la phase aiguë ou plus tardive d'un AVC ischémique est un enjeu important (23)

MATERIELS ET METHODES

Revue systématique de la littérature - Pubmed



Envisager les stratégies de reperfusion dans la prise en charge palliative

- ❖ Envisager la thrombectomie comme un moyen d'éviter certaines souffrances liées au handicap post-AVC (7)
- ❖ Intégrer l'AVC dans le contexte plus élargi de la santé du patient peut favoriser une prise en charge globale, cohérente avec les objectifs (8)

Caractéristiques des patients orientés vers une prise en charge palliative

- ❖ Critères d'orientation des patients avec AVC sévère vers une consultation de soins palliatifs précoce : âge, NIHSS élevé, absence de thrombolyse ou de thrombectomie (9)
- ❖ Facteurs favorisant de transition vers une prise en charge palliative (10,11) :
 - Troubles de la déglutition
 - Côté gauche de l'AVC
 - NIHSS élevé
 - Atteinte insulaire
 - Œdème cérébral
 - ACFA
 - Admission en semaine
- ❖ Dans une population de patients intubés et ventilés en réanimation, la probabilité de limitation thérapeutique est 3,6 fois supérieure chez les patients avec AVC ischémiques comparativement aux patients sans lésion cérébrale (12).

La consultation en soins palliatifs

- ❖ 83% des patients sont incapables de participer aux décisions médicales
- ❖ Motifs de consultation en soins palliatifs :
 1. Instauration des mesures de confort (38,5%)
 2. Candidature ou transfert vers un hospice (36,5%)
 3. Gestion des symptômes (20,2%)

Dysphagie (27,9%)
Douleur (25%)
Dyspnée (20,2%)

⇒ Recommandations suivies dans 58,4% des cas (18)

La prise de décision partagée

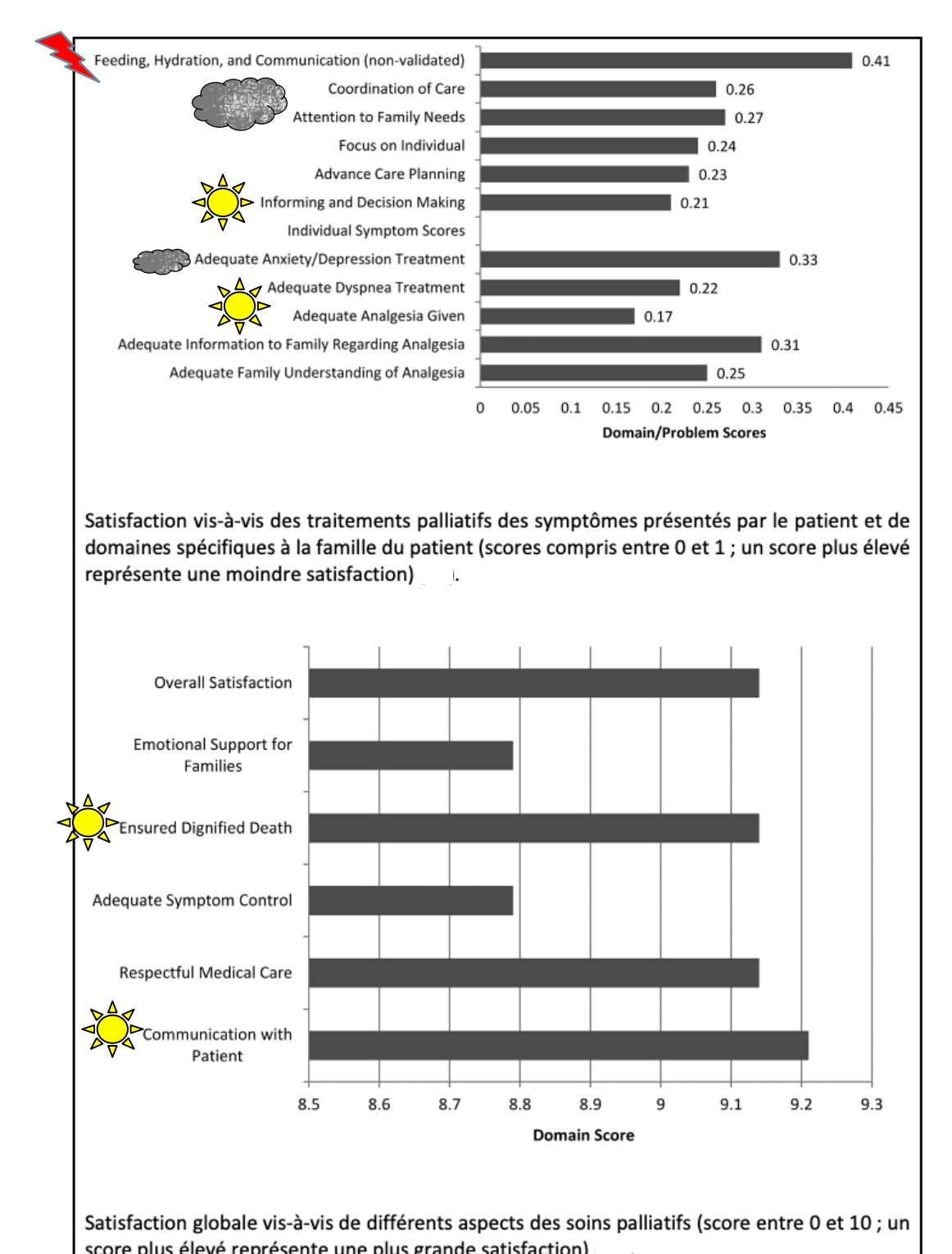
« Shared decision-making »

- ❖ Etude dans une UNV autrichienne (20) :
 - 14% des médecins et 30% des IDE se sentent insuffisamment formés
 - Communication avec le patient et la famille = défi principal
 - Arrêt/renoncement à la nutrition entérale = charge émotionnelle forte
 - Intérêt d'une documentation standardisée

Exemple de procédure (15) :

1. Définition des problèmes cliniques, balance bénéfice/risque d'une poursuite de certains traitements
2. Partage des informations avec la personne de confiance (scénarii)
3. Evaluation critique des informations collectés, des biais du pronostic et des préférences rapportées du patient
4. Recommandation du médecin et mise en avant du procédé de décision partagée
5. Suivi

L'expérience des familles (21)



CONCLUSION

« Le cadre de l'action, l'impératif de faire quelque chose domine la médecine, et l'absence d'action devient une forme d'action à partir du moment où elle est pensée, décidée et assumée en tant que telle par les médecins. » (2)

Bibliographie

1. Slot KB, Berge E, Dorman P, Lewis S, Dennis M, Sandercock P, et al. Impact of functional status at six months on long term survival in patients with ischaemic stroke: prospective cohort studies. *BMJ*. 2008 Feb 16;336(7640):376-9.
2. Mino JC, Douquet F, Gisquet E. Accidents vasculaires cérébraux: quelle médecine face à la complexité? Paris: les Belles lettres; 2015. (Médecine & sciences humaines).
3. Khan MZ, Zahid S, Kichloo A, Jamal S, Minhas AMK, Khan MU, et al. Gender, Racial, Ethnic, and Socioeconomic Disparities in Palliative Care Admissions. *Cardiovasc Revasc Med*. 2022 Feb;35:147-54.
4. Singh T, Peters SR, Tirschwell DL, Creutzfeldt CJ. Palliative Care for Hospitalized Patients With Stroke: Results From the 2010 to 2012 National Inpatient Sample. *Stroke*. 2017 Sep;48(9):2534-40.
5. Faigle R, Ziai WC, Urrutia VC, Cooper LA, Gottesman RE. Racial Differences in Palliative Care Use After Stroke in Majority-White, Minority-Serving, and Racially Integrated U.S. Hospitals. *Crit Care Med*. 2017 Dec;45(12):2046-54.
6. Qureshi AI, Adil MM, Suri MF. Rate of Utilization and Determinants of Care in Acute Ischemic Stroke Treated With Thrombolytics in USA. *Med Care*. 2013 Dec;51(12):1094-100.
7. Sokol LL, Hauser JM, Lum HD, Fortizzi J, Cerf M, Caprio FZ, et al. Goal-Concordant Care in the Era of Advanced Stroke Therapies. *J Palliat Med*. 2021 Feb 1;24(2):297-301.
8. Young MJ, Regehardt R, Sokol LL, Leslie-Mazwi TM. When Should Neuroendovascular Care for Patients With Acute Stroke Be Palliative? *AMA J Ethics*. 2021 Oct 1;23(10):E783-793.
9. Comer AR, Williams LS, Bartlett S, D'Crux L, Endris K, Marchand M, et al. Palliative and End-of-Life Care After Severe Stroke. *J Pain Symptom Manage*. 2022 May;63(5):721-8.
10. San Luis COV, Staffl F, Fortunato GJ, McCullough LD. Dysphagia as a predictor of outcome and transition to palliative care among middle cerebral artery ischemic stroke patients. *BMC Palliat Care*. 2021 Dec;12(1):21.
11. Jain V, Ferooqi A, Roman Casul YA, Nagaraja N. Clinical and Imaging Features Associated with the Utilization of Comfort Measures Only in Acute Ischemic Stroke. *J Palliat Med*. 2022 Mar 1;25(3):405-12.
12. de Montmolin E, Schwebel C, Dupuis C, Garrouste-Orgeas M, da Silva D, Azoulay E, et al. Life Support Limitations in Mechanically Ventilated Stroke Patients. *Crit Care Explor*. 2021 Feb 22;3(2):e0341.
13. Gao L, Zhao CW, Hwang DY. End-of-Life Care Decision-Making in Stroke. *Front Neurol*. 2021 Sep 28;12:702833.
14. Sloane RL, Miller JJ, Piquet A, Edlow BL, Rosenthal ES, Singhal AB. Prognostication in Acute Neurological Emergencies. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2022 Mar;31(3):106277.
15. de Kort FAS, Geurts M, de Kort PLM, van Tulj JH, van Thiel GJM, Kappelle LJ, et al. Advance directives, proxy opinions, and treatment restrictions in patients with severe stroke. *BMC Palliat Care*. 2017 Dec;16(1):52.
16. Parry-Jones AR, Paley L, Bray BD, Hoffman AM, James M, Cloud GC, et al. Care-limiting decisions in acute stroke and association with survival: analyses of UK national quality register data. *Int J Stroke*. 2016 Apr;11(3):321-31.
17. Xian Y, Holloway RG, Noyes K, Shah MN, Friedman B. Racial Differences in Mortality Among Patients With Acute Ischemic Stroke: An Observational Study. *Ann Intern Med*. 2011 Feb 1;154(3):152.
18. Chahine LM, Malik B, Davis M. Palliative care needs of patients with neurologic or neurosurgical conditions. *Eur J Neurol*. 2008 Dec;15(12):1265-72.
19. Robinson MT, Vickrey BG, Holloway RG, Chong K, Williams LS, Brook RH, et al. The lack of documentation of preferences in a cohort of adults who died after ischemic stroke. *Neurology*. 2016 May 31;86(22):2056-62.
20. Riesinger R, Altmann K, Lorenzl S. Involvement of Specialist Palliative Care in a Stroke Unit in Austria—Challenges for Families and Stroke Teams. *Front Neurol*. 2021 Sep 22;12:683624.
21. Blacquiere D, Bihmij K, Meegison H, Sinclair J, Sharma M. Satisfaction With Palliative Care After Stroke: A Prospective Cohort Study. *Stroke*. 2013 Sep;44(9):2617-9.
22. Burton CR, Payne S, Turner W, Bucknall T, Rycroft-Malone J, Tyrrell P, et al. The study protocol of 'Initiating end of life care in stroke: clinical decision-making around prognosis'. *BMC Palliat Care*. 2014 Dec;13(1):55.
23. Stevens T, Payne S, Burton C, Addington-Hall J, Jones A. Palliative care in stroke: a critical review of the literature. *Palliat Med*. 2007 Jun;21(4):323-31.

