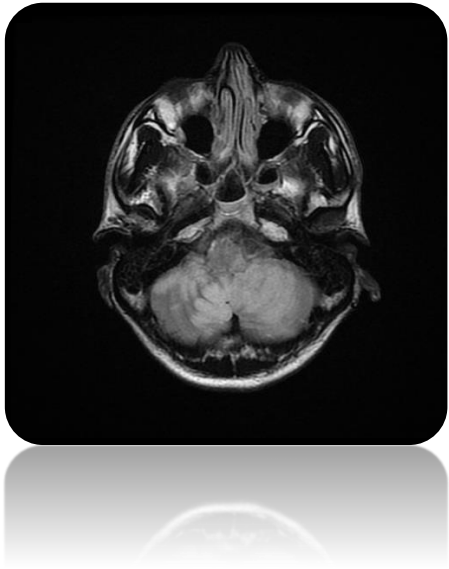


Occlusions de l'artère basilaire: le point de vue du réanimateur



ASSOCIATION DE NEURO ANESTHESIE
REANIMATION DE LANGUE FRANCAISE
*Neurocritical Care and Neuro
Anesthesiology French Speaking Society*

8^{ème} journée régionale médicale
Jeudi 22 juin 2023

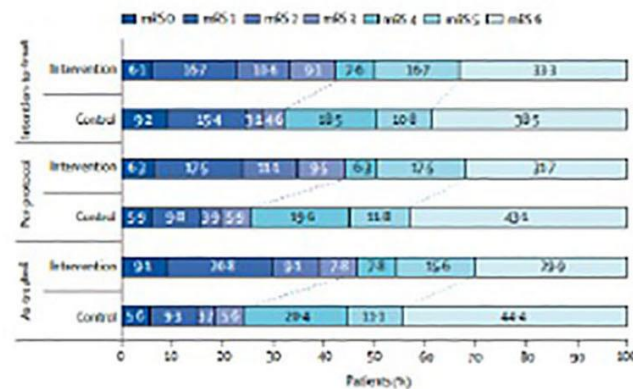


AVC
Normandie

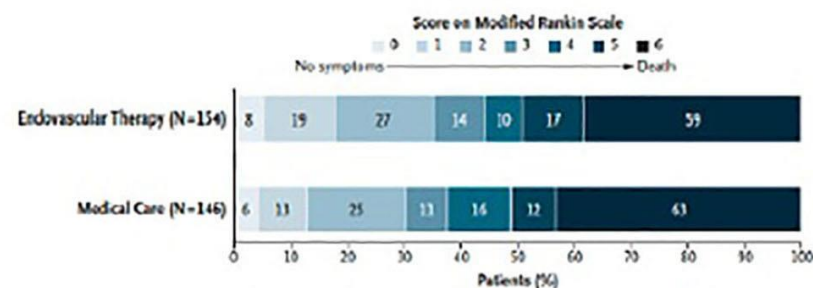
Endovascular therapy in basilar artery occlusion

Neutral trials

BEST trial

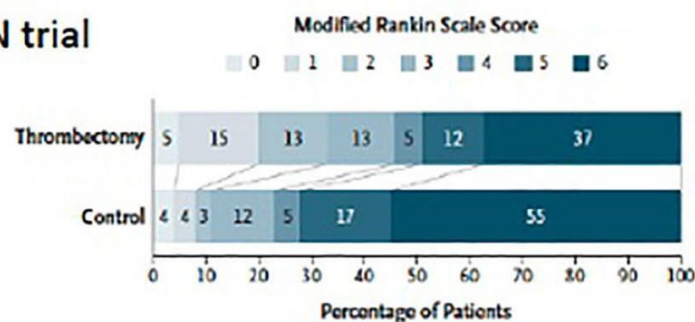


BASICS trial

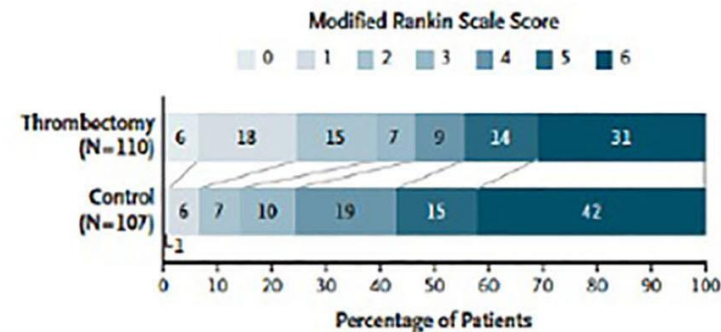


Positive trials

ATTENTION trial

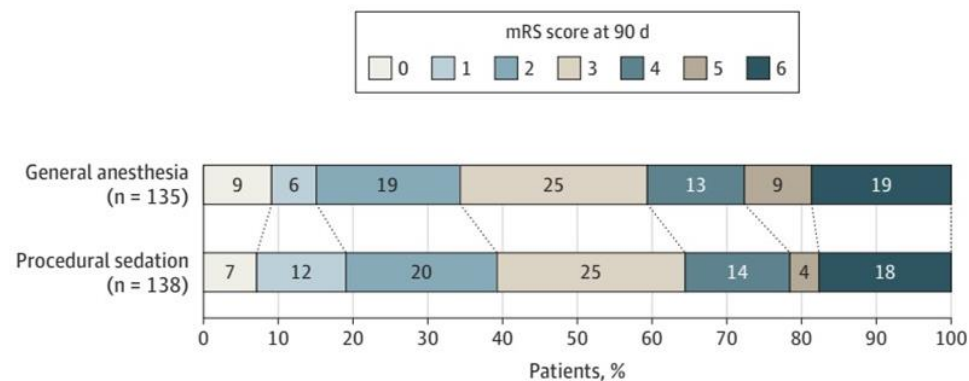


BAOCHE trial



ARTICLE : Outcomes After Endovascular Therapy With Procedural Sedation vs General Anesthesia in Patients With Acute Ischemic Stroke (AMETIS)
JAMA Neurology
 Chabanne et al. *JAMA Neurology*, Avril, 2023

A Modified intention-to-treat population



ASSOCIATION DE NEURO ANESTHESIE
 REANIMATION DE LANGUE FRANCAISE
*Neurocritical Care and Neuro
 Anesthesiology French Speaking Society*

J Neurosurg Anesthesiol. 2023 Jul

2022 : GASS, CANVAS II, AMETIS,

revue systématique avec méta-analyse d'études randomisées contrôlées portant sur la sédation consciente et l'anesthésie générale.

9 études randomisées contrôlées incluant 1342 patients bénéficiant d'un traitement endovasculaire

Aucune différence significative n'a été détectée entre l'anesthésie générale et la sédation consciente en ce qui concerne la mRS à 3 mois, l'indépendance fonctionnelle (mRS, 0-2), la durée de l'intervention, le moment d'apparition de la reperfusion, la mortalité, la durée de séjour à l'hôpital et la durée de séjour en unité de soins intensifs.

Les patients **sous anesthésie générale pourraient avoir une reperfusion réussie plus fréquente**, bien que le **temps entre l'aine et la reperfusion était légèrement plus long.**

General Anesthesia Versus Nongeneral Anesthesia for Patients With Acute Posterior Circulation Stroke Undergoing Endovascular Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis

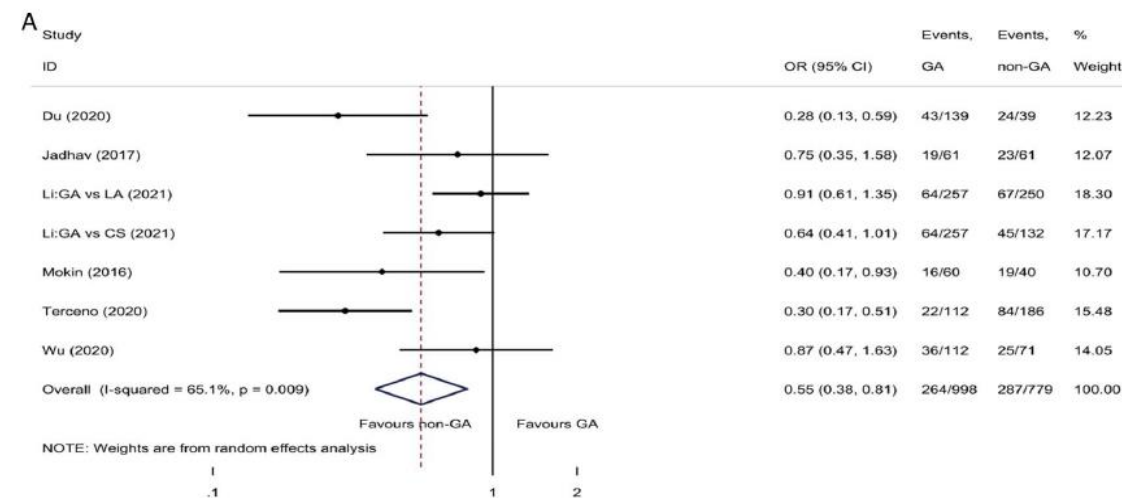
Xinyan Wang, MD, Youxuan Wu, MD, Fa Liang, MD, Minyu Jian, MD, PhD, Yun Yu, MD, PhD, Yunzhen Wang, MD, PhD, and Ruquan Han, MD, PhD

J Neurosurg Anesthesiol. 2023 Jul

TABLE 1. Characteristics of the Included Studies

References	Country	Study Design	GA/Non-GA Patients (n)	Type of Endovascular Treatment	NOS*
Du et al ¹⁶	China	Cohort study	139/39	Stent retriever/intra-arterial tPA or urokinase/balloon/stent implantation	8
Hu et al ¹⁷	China	RCT†	72/67	Stent retriever/ADAPT technique	NA
Jadhav et al ¹⁵	US	Case-control study	61/61	Stentriever/merci retriever/intracranial stenting	7
Li et al ¹⁸	China	Cohort study based on the BASILAR registry	257/382	Mechanical thrombectomy/thromboaspiration, balloon dilation/stenting/IAT/or various combinations of these approaches	9
Mokin et al ¹⁹	US	Retrospective analysis	60/40	IV tPA/Stent retriever Aspiration	7
Terceño ²⁰	Spain	A retrospective analysis of the prospective CICAT registry	112/186	Mechanical thrombectomy	8
Weyland et al ²¹	Germany	Retrospective single-center analysis	60/45	Thromboaspiration/Stent-retriever-thrombectomy	7
Wu et al ²²	China	Observational study	112/71	Stent retriever/aspiration/intra-arterial thrombolysis/stenting/balloon angioplasty	8

17. Hu G, Shi Z, Li B, et al. General anesthesia versus monitored anesthesia care during endovascular therapy for vertebrobasilar stroke. *Am J Transl Res.* 2021;13:1558–1567.



successful recanalization, $P = 0.646$). The number of studies included in this analysis with an available NIHSS scores was only 5; therefore, this adjustment is limited and likely underpowered.



AHA/ASA Scientific Statement

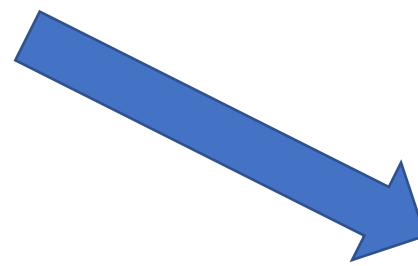
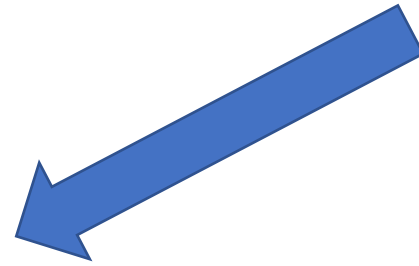
Recommendations for the Management of Cerebral and Cerebellar Infarction With Swelling

A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

Suboccipital craniectomy with dural expansion should be performed in patients with cerebellar infarctions who deteriorate neurologically despite maximal medical therapy (*Class I; Level of Evidence B*).

84 patients with massive cerebellar infarction : 40% required surgical craniotomies, and 17% were managed with ventricular drainage
74% of patients had very good outcomes (modified Rankin Scale [mRS] score, 0 or 1).

1. Clinicians may discuss with family members that half of the surviving patients with massive hemispheric infarctions, even after decompressive craniectomy, are severely disabled and a third are fully dependent on care (*Class IIb; Level of Evidence C*).
2. Clinicians may discuss with family members that the outcome after cerebellar infarct can be good after suboccipital craniectomy (*Class IIb; Level of Evidence C*).



Hypertension intracânienne suspectée
Et absence d'argument en faveur d'atteinte du tronc
cerebral
Et condition de proportionnalité des soins satisfaite



Réanimation (sedation)

Autres cas de figure



Evaluation neurologique

Syndrome HTIC fosse postérieure
DVE
Troubles de la déglutition
Trachéotomie/gastrostomie

Ethique en urgence : quelles difficultés ?

Limitation ou arrêt de thérapeutiques actives en situations d'urgence.
Le point de vue des anesthésistes réanimateurs

*Withholding or withdrawing of life sustaining therapies in emergency context.
Perception by anaesthesiologists*

R. Dumont^{a,*}, K. Asehnoune^a, L. Pouplin^a, C. Volteau^b, F. Simonneau^a, C. Lejus^a

^aService d'anesthésie et de réanimation chirurgicale, hôpital Mère-Enfant, CHU, Hôtel Dieu, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 01, France

^bSRC Nantes cellule de promotion à la recherche clinique, CHU de Nantes, 44000 Nantes, France

- 172 MAR
- 98% ont participé à une LATA dont 92% en situation d'urgence.
- Pour 93% des MAR la décision doit être collégiale mais 50% ont déjà dû décider seul d'une LATA en situation d'urgence (pré-hospitalier)
- Pour 57 % des MAR, l'éventualité d'une plainte est une inquiétude.

Urgence = urgeo : faire pression

Temporalité

Incertitude : terrain, ATCD, volontés, pronostic

Conflit entre opérateur et MAR

Pression des proches des patients

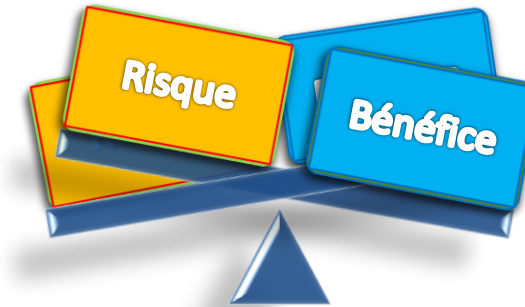
Flux : patients, opérateurs

Conditions matérielles défavorables

→ **Charge cognitive et résolution de problème**

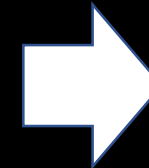
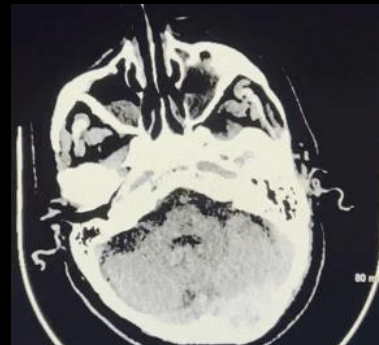
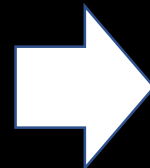
Indication médicalement justifiée

- Indication
- Balance bénéfique/risque favorable



Cas clinique ①

Patient de 73 ans
Antécédents : éthyliste chronique
Retrouvé au sol
Glasgow Coma Scale: 7 (Y3V1M3)



Evacuation hémato
me sous-dural ?

Terrains particuliers

➤ Patient moribond

➤ Patient en soins palliatifs

➤ Patients grabataires avec démence avancée

Pathologie avec évolution défavorable prévisible sans recours thérapeutique possible :

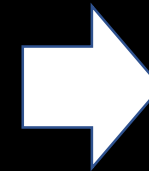
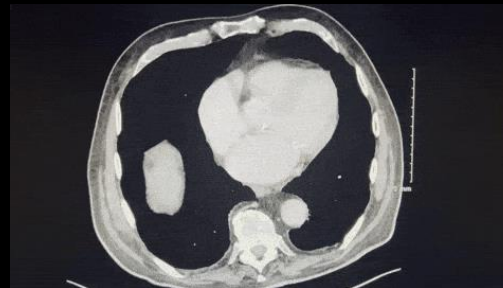
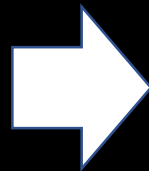
- Pathologie oncologique sans traitement curatif.
- Maladie cirrhotique avancée sans projet de transplantation.
- Etc.

Cas clinique 2

Patiente de 86 ans

Antécédents: institutionnalisée,
démence, GIR 2

Tableau de péritonite, hypotension
KDIGO3, oxygéo-réquerance



Laparotomie ?

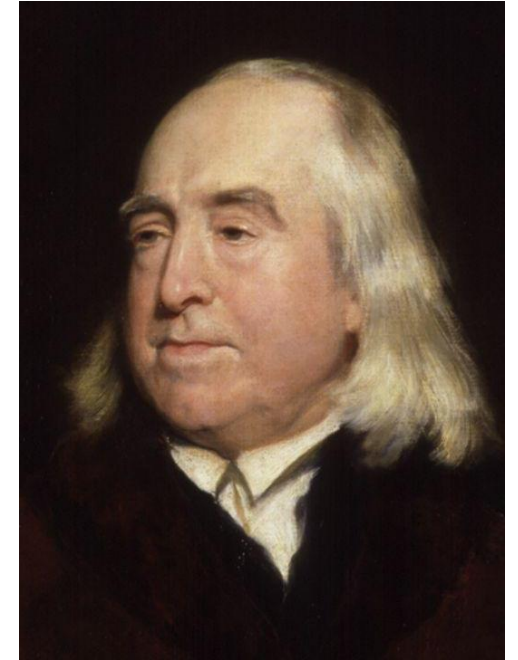
Une question de philosophie morale ?



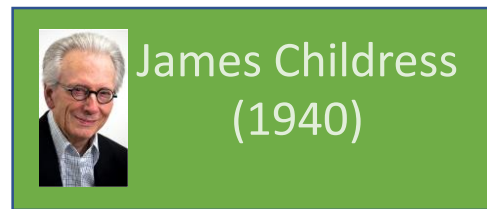
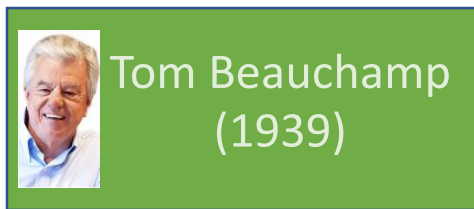
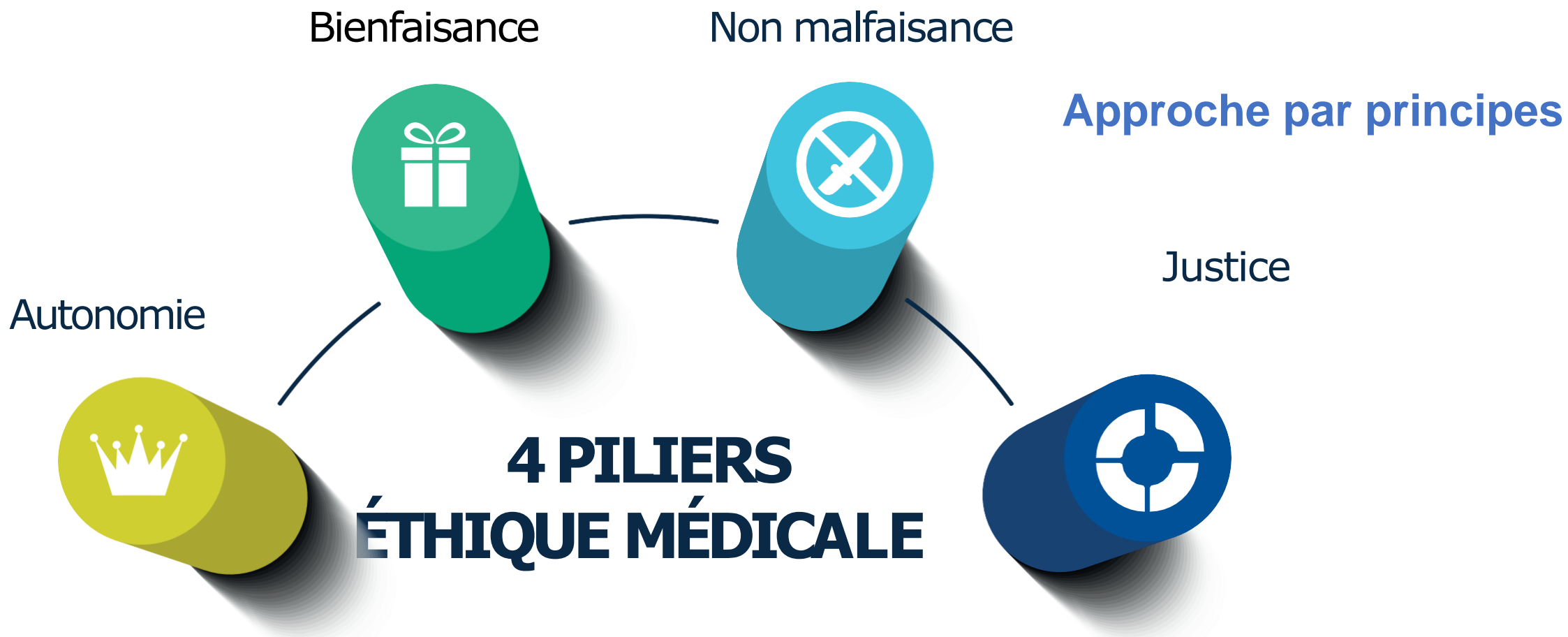
**Approche
arétique**



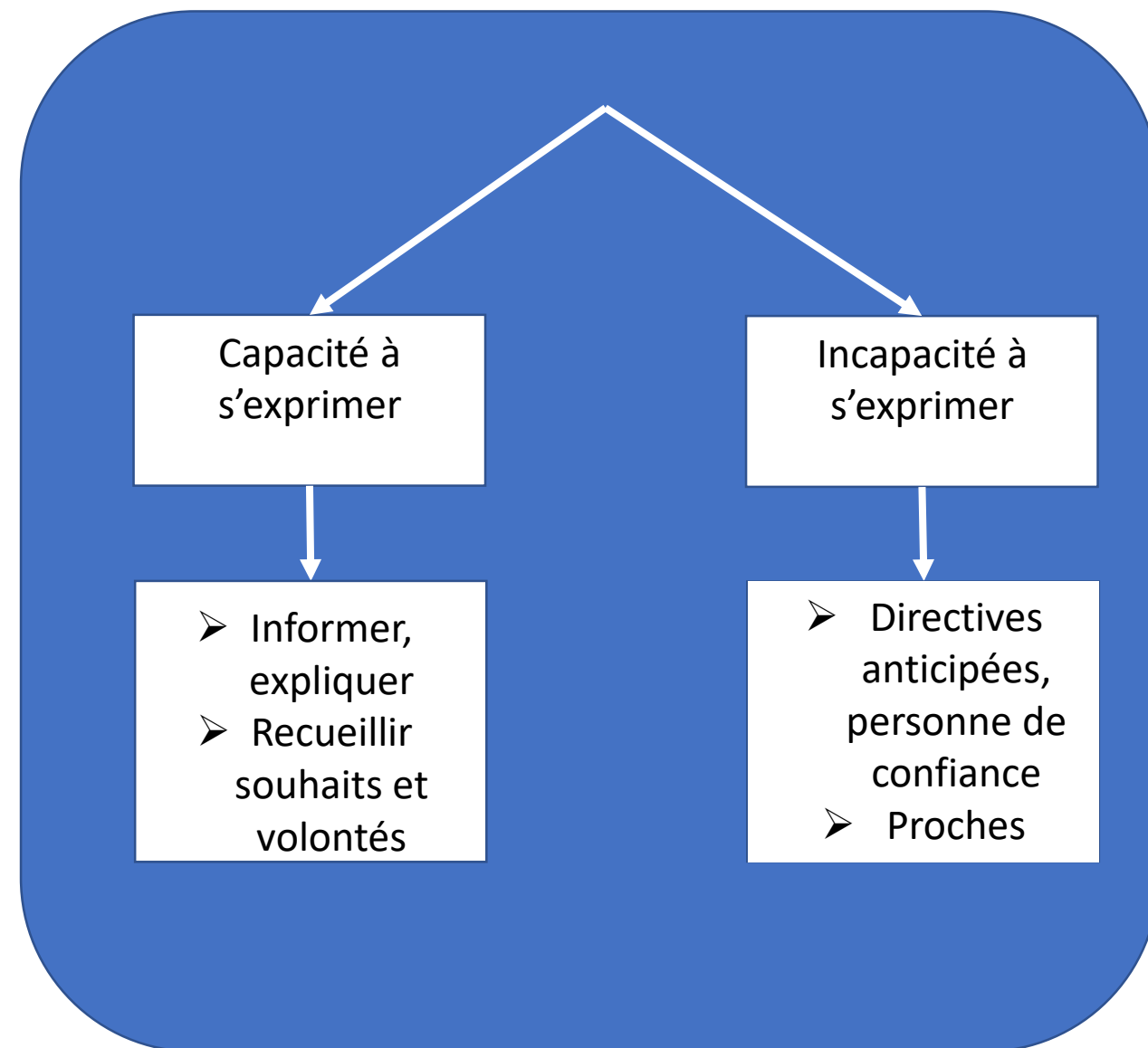
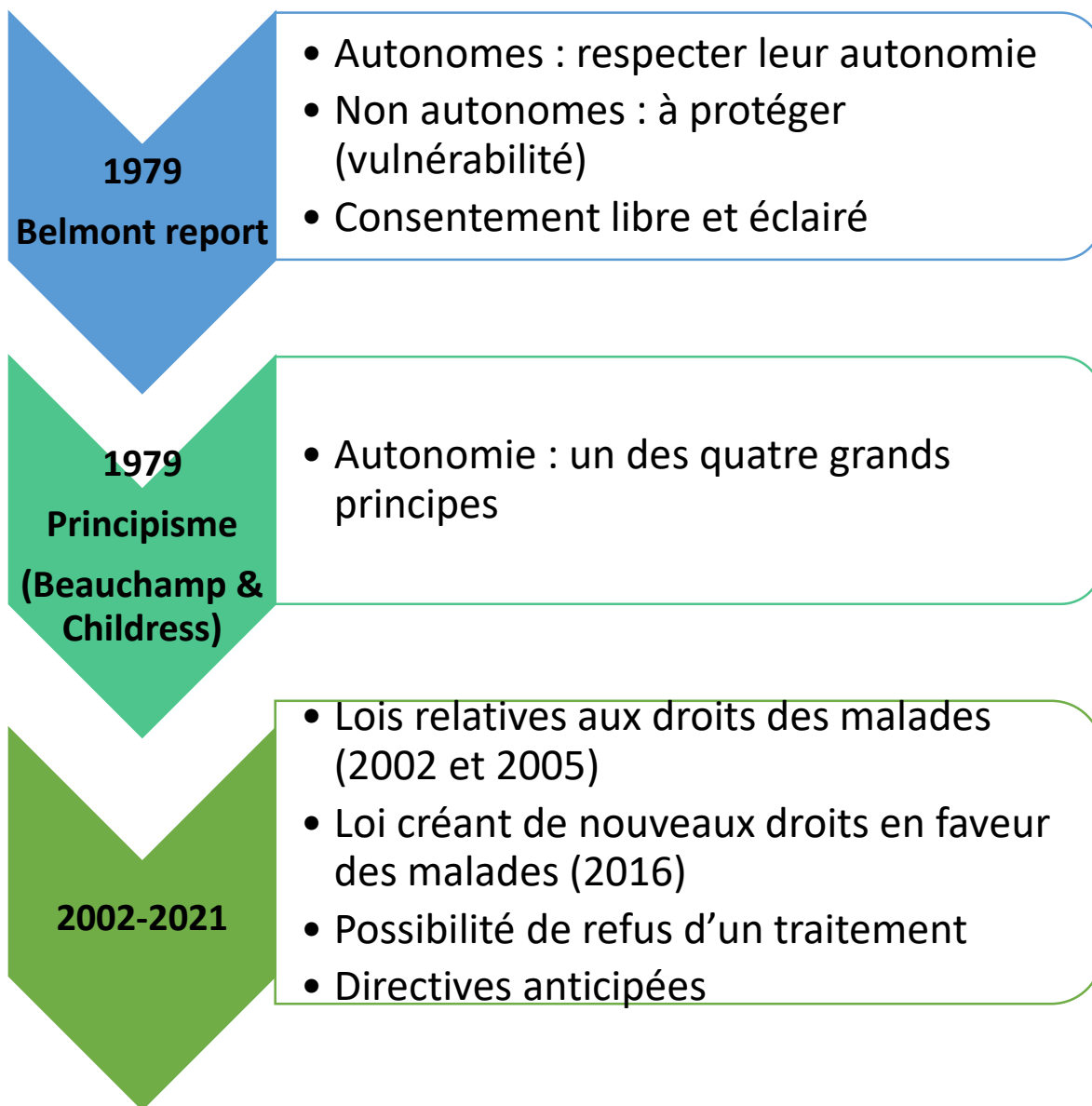
**Approche
déontologiste**



**Approche
utilitariste**



Autonomie : αὐτονομία, *autonomia*



Directives anticipées

- Loi de 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite « loi Léonetti »
- Loi de 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dite « loi Léonetti Claeys »

- Document écrit, rédigé sur papier libre.
- Faire connaître ses souhaits sur sa fin de vie.
- Incapacité d'exprimer sa volonté.

Dérogation
(procédure collégiale)

Urgence

DA inappropriées

Personne de confiance

- Loi de 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite « loi Kouchner »
- Loi de 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite « loi Léonetti »
- Loi de 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dite « loi Léonetti Claeys »

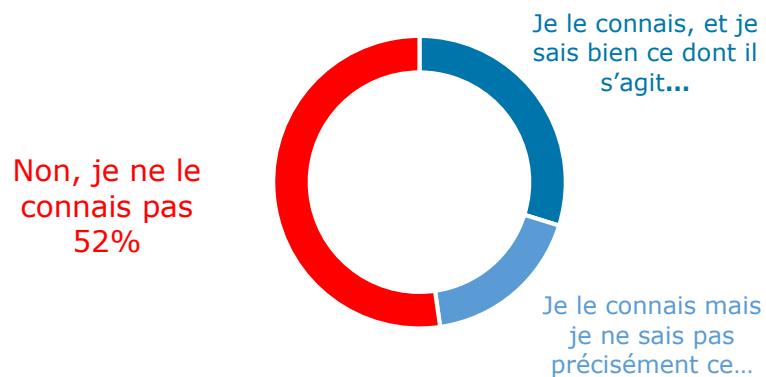
Personne de confiance

Rend compte de la volonté de la personne

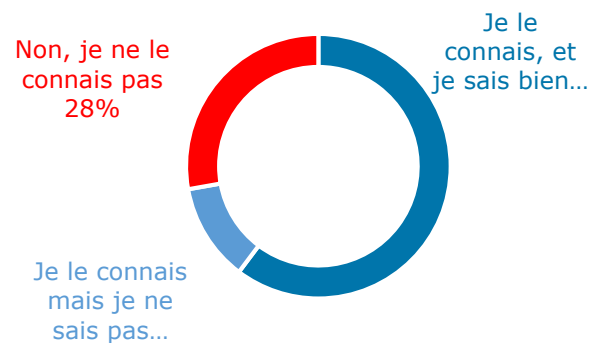
Sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigations, d'intervention ou de traitement prises par le médecin.

Directives anticipées et personne de confiance

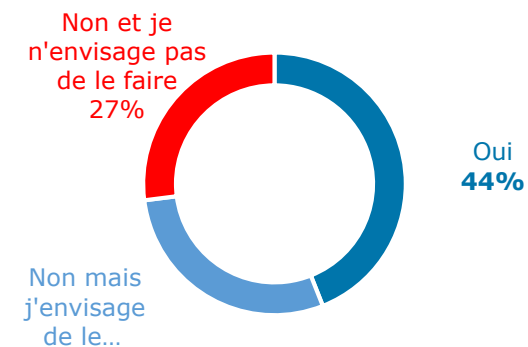
Les directives anticipées



La personne de confiance



Désigner une personne de confiance



Base : Aux personnes ayant connaissance du rôle de la personne de confiance pour témoigner des volontés
N=735

Vous avez déjà rédigé les vôtres 18%

Vous ne les avez pas rédigées mais vous envisagez de le faire 30%

Vous ne les avez pas rédigées et vous n'envisagez pas de le faire 49%

Ne se prononce pas 3%

Des discussions avec mes proches 57%

Un document écrit autre que les directives anticipées (type testament) 26%

La rédaction de directives anticipées 8%

Des discussions avec un professionnel de santé 4%

Autre 1%

Ne se prononce pas 4%

Obstination déraisonnable ?

« Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. »

Serment d'Hippocrate

« Le médecin doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. »

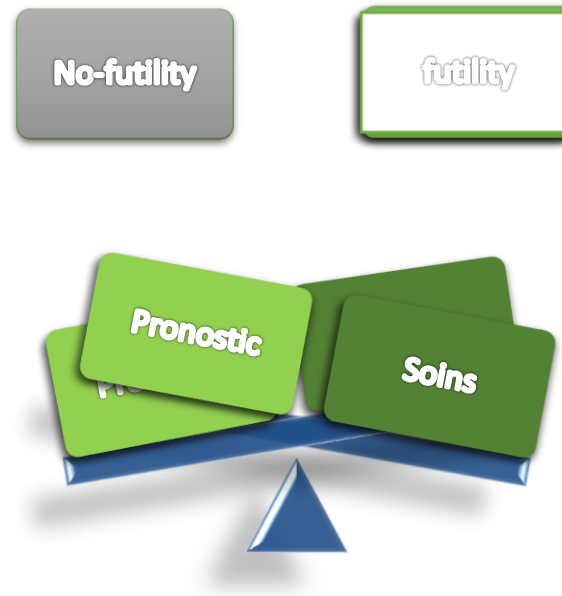
Article 37 du Code de Déontologie Médicale

« Les actes médicaux ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. »

Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, article 1

Obstination déraisonnable ?

→ *Proportionnalité des traitements*



“In a more pragmatic sense, futility is best characterized as an obvious disparity between the prediction of very poor outcome and aggressiveness of care in the ICU.”

Wijdicks et al., 2004

Et si le doute persiste ?

*« Ainsi, lorsqu'un voyageur s'est égaré en forêt, mieux vaut encore qu'il choisisse un chemin, même s'il ne sait pas où il mène, plutôt que de perdre son temps à se morfondre sur son triste sort. Pour éviter un arbitraire absolu, Descartes conseille de retenir, parmi l'éventail des sorties de crise possibles, la solution qui présente le double avantage de **ne pas heurter le bon sens** et d'être **la moins irréversible** »*

Pierre Le Coz – L'Ethique Médicale – Approches philosophiques - PUP, 2018

Réanimation d'attente

Réduire l'incertitude :

- Terrain et antécédents, consultations des médecins traitants
- Volontés du patient, consultation des proches
- Pronostic maladie préexistante
- Pronostic maladie actuelle

Collégialité

Temps nécessaire pour la réflexion

Procédure collégiale

Ethique des vertus

- Une vertu est une qualité morale qu'une personne peut posséder (l'honnêteté, la générosité, la justice, etc.)
- Une vertu se manifeste à travers l'action.

Ethique de discussion

- Une délibération a le pouvoir de faire émerger un discernement collectif supérieur à celui des individus pris isolément.
- Égalité en compétences éthiques.
- Distribution équitable du temps de parole.
- Respect de la liberté de parole des autres.
- Argumentation rationnelle.
- Disposition au changement de point de vue.

Procédure collégiale

- Loi de 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite « loi Léonetti »
- Loi de 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie dite « loi Léonetti Claeys »

- La procédure collégiale peut être initiée par le médecin prenant en charge le patient ou au vu des directives anticipées ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches

Limitation ou d'arrêt de traitements maintenant artificiellement la vie chez un patient non conscient

Sédation profonde et continue

Refus d'application par le médecin des directives anticipées jugées inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient

Procédure collégiale

```
graph LR; A[Limitation ou d'arrêt de traitements maintenant artificiellement la vie chez un patient non conscient] --> D[Procédure collégiale]; B[Sédation profonde et continue] --> D; C[Refus d'application par le médecin des directives anticipées jugées inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient] --> D;
```


- Admission dans les suites d'une prise en charge NRI ou neurochirurgicale
- Réanimation ou évaluation neurologique rapide
- Spécificités de la neuroréanimation (HTIC fosse postérieure, trouble de la déglutition, locked in syndrom)
- Réflexion éthique +++

Directives anticipées : philad.fr



DIRECTIVES ANTICIPÉES

Avez-vous pensé à rédiger les vôtres ?

Les directives anticipées **vous** donnent la possibilité de faire valoir vos choix et préférences :

- en **fin de vie**,
- et si vous n'êtes **plus en capacité de vous exprimer**.

PARTICIPER À L'ENQUÊTE

➔

<https://philad.fr/>

EREN UNIVERSITÉ CAEN NORMANDIE
Contact : clement.gakuba@unicaen.fr

Aides actives à mourir: phileol.org



AIDES ACTIVES A MOURIR

Qu'en pensez-vous ?

Dans un contexte de réflexion sur les lois encadrant la fin de vie et de possible introduction d'aides actives à mourir, faites nous part de votre opinion à travers cette enquête :

PARTICIPER À L'ENQUÊTE

➔

<https://phileol.org/>

EREN UNIVERSITÉ CAEN NORMANDIE
Contact : clement.gakuba@unicaen.fr

