

Chirurgie vasculaire et Témoins de Jéhovah

C.Hercule

Hopital cardiologique
Louis Pradel

introduction

Problème de conciliation difficile entre une chirurgie réputée hémorragique et des patients Témoins de Jéhovah caractérisés par le refus de transfusion

Chirurgie vasculaire aortique

- Terrain: patients âgés, prévalence d'atteinte coronarienne(30%)
- Pathologie initiale: anévrisme, ACOMI
- Chirurgie réglée/chirurgie en urgence – tableau fissuraire

Bilan pré-opératoire: arbre décisionnel (ACC/AHA) 2002

- **Critères cliniques:**

- **majeurs:** angor instable, IC décompensée, arythmies graves, pathologie valvulaire

- **intermédiaires:** angor stable, ant. d'IDM, d'IC stable, diabète, ins. Rénale

- **mineurs:** âge, HTA, ant. AVC,

- **Capacité fonctionnelle**

- < 4 met

- > 4 met

Les Témoins de Jéhovah

- **Historique:** *fondation de la Tour de Garde (Watch Tower) à la fin du 19^e siècle par Charles Russel*
- **2 millions** *de personnes dans le monde, 200 000 en France*
- **Secte fondamentaliste:** *prédictions de fin du monde, retour de l'homme parfait, promesse d'une vie éternelle sur terre seulement pour quelques élus*
- **Organisation hiérarchique et autoritaire**
- **Sur le plan médical:** *comité de liaison hospitalière*

Refus de sang

- Verset de la Bible(génèse 9; 3-4): *» vous ne mangerez pas de chair avec sa vie,avec son sang »*
- Refus de produits sanguins labiles(*concentrés globulaires, plasma frais,concentrés plaquettaires*)
- Les autres produits: variable: *albumine, colles biologiques, immunoglobulines*)
- Le recueil de sang est permis(*à condition qu'il n'y ait pas de discontinuité entre le patient et le sang*)

Théorie de la " chirurgie sans tranfusion "

- Informations médicales transmises par la communauté (chirurgie au laser, substituts du sang, EPO...)
- Affaire du sang contaminé

Données scientifiques actuelles

- Indications de la transfusion
- Tolérance à l'anémie
- Notions d'épargne sanguine

conférence de consensus de la SFAR-1993

AFSSPS-Aout 2002

*Benhamou D décision de transfusion en
période péri-opératoire- 2003*

Indications de la transfusion

- But de la transfusion: rétablir un transport de l'O₂ adéquat au besoin de l'organisme
- ASA guidelines:
 - « *red blood transfusion should not be dictated by a single haemoglobin trigger but instead be based on the patients risk of developing complications of inadequate oxygenation* »

L'oxygénation tissulaire dépend:

- Du taux d'hémoglobine
- Du débit cardiaque
- Est variable selon les organes
- Du coefficient d'extraction de l'O₂
- De la consommation de l'O₂

Mécanismes compensatoires

- ↑ du débit cardiaque
- ↑ coefficient d'extraction d'O₂

si $DO_2 < VO_2 \rightarrow$ métabolisme anaérobie



↑ lactates

$SvO_2 < 50\%$

Tolérance à l'anémie

- **Variable selon le terrain:**

- sujet sain: **45g/l**

- sujets atteints de cardiopathie

- **traitements**(β bloquants, IEC)

- **age**

- **88g/l**

- **Variable selon les circonstances**

- lors de l'anesthésie

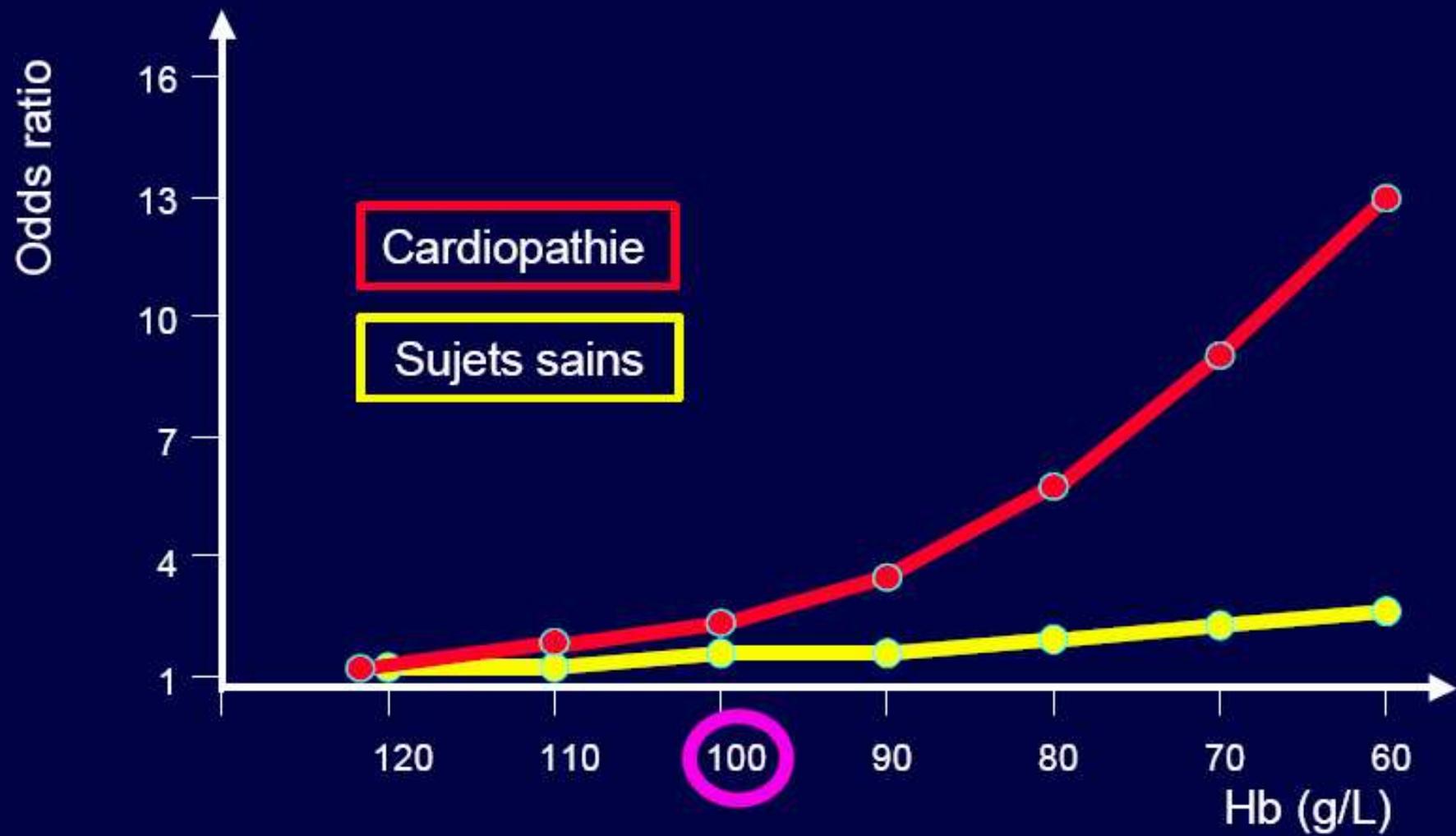
- réveil

Tolérance à l'anémie: cardiopathies

- FE ↓: réponse identique à l'anémie isovolémique
- Ischémie coronarienne
 - Hémodilution ↑ flux trans-sténotique
 - AG: Ø tachycardie
 - Si ischémie: transfusion corrige Δ ST
- Patients à risque ischémique: 2 études
 - Chirurgie vasculaire
 - Prostatectomie
- Evènements ischémiques ↑ si Hb < 90 g/L

Tolérance à l'anémie: cardiopathies

Risque de mortalité en fonction de l'Hb préopératoire



Indications cliniques de la transfusion(1)

- Seuils physiologiques
 - tachycardie > 130
 - hypotension: PAM < 60
 - sous décalage de ST
 - SaO₂ < 90%
 - SvO₂ < 50%
- Valeur de l'hémoglobine: arbitraire

Indications cliniques de la transfusion(2)

- Anémie normovolémique
- Sécurité clinique chez le sujet sain, < 65 ans: **Hb>60g/l**
- Coronaropathie, insuffisance cardiaque, age>70 ans: **Hb>80g/l**

Indications cliniques à la transfusion

- Anémie normovolémique
- Hb > 100 g/L: indications exceptionnelles
- Hb < 60 g/L: indication
- Sécurité clinique: seuil à 60 g/L
 - En peropératoire: 60 g/L
 - En postopératoire: 70 g/LContrôle ↓, stimulation sympathique ↑
- Coronaropathie, âge > 70 ans, insuffisance cardiaque, fièvre, sepsis, insuff multi-organique
 - En peropératoire: 80 g/L
 - En postopératoire: 90-100 g/L
- Hémorragie active: anémie hypovolémique instable

Moyens d'épargne sanguine en pré-opératoire

- **Correction d'une anémie modérée** (*Hb entre 100 à 130g/l: administration d'érythropoïétine (EPO) 600ui/kg une fois par semaine pendant 3 semaines avant la chirurgie associée à un traitement martial. (AMM uniquement en chirurgie orthopédique)*)
- *Mais risque de thrombose veineuse, artérielle*
CI si antécédent coronarien →
- *utilisation d'un traitement thromboprophylactique*
- *association à un traitement martial*

Arret des traitement anti-aggrégants

Moyens d'épargne sanguine en per-opératoire

- **Hémodilution normovolémique**(plutôt remplissage par cristalloïdes et hydro-éthyl-amidons(respect des doses limites)
- **Récupération des pertes sanguines** par les systèmes de « cell saver » *Limites de la technique:utile si pertes sanguines>700ml,perte des facteurs de coagulation)*
- Hypotension modérée
- Lutte contre l'hypothermie(troubles de coagulation)

Aspects médico-légaux le devoir du médecin

- **Article 9 du code de déontologie médicale:** *le médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril...doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires »*
- **Article 7 du code de déontologie médicale:** *le médecin doit écouter ou soigner ...quels que soient leur appartenance...à une religion déterminée*
- **Article 35:** *le médecin doit au patient une information loyale, claire et appropriée*

Aspects médico-légaux: les droits des malades

- **Article L.1111-4 du 4 Mars 2002:** *loi Kouchner: le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix...si la volonté de la personne met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour le convaincre d'accepter les soins indispensables*
- **Alinéa 4:***le médecin est autorisé à passer outre au refus de soin lorsque le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté;*

Avis du comité d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé(2002)

- *“ dans le cas d'un refus de soin, le médecin doit s'assurer que le patient n'est pas sous l'emprise de la contrainte psychologique exercée par un tiers”*

Avant transfusion 5 conditions

- Tout a été fait pour convaincre le patient
- Urgence vitale
- Absence d'alternative thérapeutique
- Nature indispensable à la survie
- Caractère proportionné des soins à l'état du patient

Depuis 2002, 2 cas exemplaires

- **Tribunal administratif de Lyon** (Aout 2002): *décision du conseil d'état: pas de condamnation pour les médecins qui accomplissent dans le but de sauver un patient un acte indispensable à sa survie*
- **Tribunal administratif de Lille** (Aout 2002): *injonction de ne pas procéder à des transfusions contre la volonté de la patiente*

Risque léthal

- Étude chez 4722 patients témoins de Jéhovah)(*Viele et coll. Transfusion 1994; 34:396-401*):
 - 134 Hb < 8 g/l → 50 décès liés à l'anémie

conclusions

- Concertation multidisciplinaire
- Consultation d'anesthésie: évaluation du patient, CR détaillé, en présence d'un tiers
- Information claire, en présence de la personne de confiance et/ou de la famille
- Pas d'engagement formel de ne pas passer de sang
- Techniques d'épargne sanguine(mais comme pour tout patient)

Conclusions

- Le problème du refus de sang est un modèle extrême du droit des patients
- L'attitude médicale ,basée sur la santé du patient, doit reposer sur des arguments scientifiques précises et réévalués (*importance des avis d'experts et des référentiels des sociétés savantes*)
- Travail d'équipe

Pour éviter...

- Hippocrate contre Jéhovah: un mort



Charlie Hebdo, 18 sept 2002