

Article original

Soins palliatifs chez les patients en insuffisance cardiaque terminale

Palliative care for patients with heart failure

G. Texier^{a,1}, W. Rhondali^{b,*,c,d,1}, E. Meunier-Lafay^{e,f}, A. Dellinger^e, C. Gérard^f, V. Morel^a,
M. Filbet^b

^a Équipe mobile de soins palliatifs, Hôtel-Dieu, centre hospitalier de Pontchaillou, 35000 Rennes, France

^b Centre de soins palliatifs Pavillon 1K, centre hospitalier Lyon-Sud, hospices civils de Lyon, 165, chemin du Grand-Revoynet, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

^c Department of Palliative Care and Rehabilitation Medicine, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas, États-Unis

^d Laboratoire EA 4129, santé-individu-société, université Lyon-1, 69008 Lyon, France

^e Centre hospitalier William-Morey, 71100 Chalon-sur-Saône, France

^f Fondation Hôtel-Dieu du Creusot, 71200 Le Creusot, France

Reçu le 4 octobre 2013 ; accepté le 4 janvier 2014

Disponible sur Internet le 16 janvier 2014

Résumé

But de l'étude. – L'insuffisance cardiaque est une pathologie fréquente et son évolution vers l'insuffisance cardiaque terminale est responsable d'une mortalité élevée. L'objectif de cette étude rétrospective était d'évaluer l'accès à une prise en charge palliative intégrée à la prise en charge cardiologique les 6 mois précédant leur décès, et plus particulièrement, au cours de la dernière hospitalisation.

Patients et méthodes. – Une étude rétrospective a été réalisée chez les patients décédés d'insuffisance cardiaque en 2009 sur 2 centres hospitaliers. L'analyse a été réalisée sur 20 dossiers de chaque établissement. Les dossiers des patients consécutifs ont été inclus de façon anti-chronologique à partir du 31 décembre 2009.

Résultats. – Pour leur dernière hospitalisation, 37 patients (93 %) ont été hospitalisés en urgence. Dans les 3 jours précédant le décès, les symptômes les plus retrouvés étaient la dyspnée ($n = 33$; 82 %), et la douleur ($n = 30$; 75 %). Les thérapeutiques les plus utilisées étaient l'oxygénothérapie ($n = 31$; 77 %) et les antalgiques ($n = 30$; 75 %). Aucun patient n'a bénéficié d'un suivi par une psychologue. La décision de limitation de traitements au profit des soins de confort a été notifiée pour 24 patients (60 %) et la médiane du délai moyen entre cette décision et le décès était de 2 jours (Q1–Q3 ; 1–5 jours).

Conclusion. – Les patients en insuffisance cardiaque terminale présentent de nombreux symptômes nécessitant souvent une prise en charge multidisciplinaire. Ce type d'étude observant les pratiques montre le chemin restant à parcourir pour intégrer les soins palliatifs dans la prise en charge habituelle des patients insuffisants cardiaques.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Insuffisance cardiaque terminale ; Soins palliatifs ; Multidisciplinaire ; Symptômes

Abstract

Purpose. – Heart failure is a common disease and its progression to end-stage heart failure is responsible of high mortality. The aim of this retrospective study was to assess the access to integrated palliative care to the usual management, 6 months prior to their death, and especially during the last hospitalization.

Patients and methods. – A retrospective study was performed in patients who died of heart failure in 2009 in two hospitals. The analysis was performed on 20 cases of each institution. The records of consecutive patients were included in an anti-chronological order from 31st December 2009.

Results. – For their last hospitalization, 37 patients (93%) were hospitalized in emergency. Within 3 days prior to death, the most frequent symptoms were dyspnea ($n = 33$, 82%), and pain ($n = 30$, 75%). Therapeutic most frequently used were oxygen ($n = 31$, 77%) and analgesics

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : wadihrhondali@gmail.com, wadih.rhondali@chu-lyon.fr (W. Rhondali).

¹ Les deux auteurs ont apporté une contribution similaire à ce manuscrit.

($n = 30$, 75%). No patient was seen by a psychologist. The decision to limit treatment for comfort care was reported for 24 patients (60%) and the median of the average time between the decision and death was 2 days (Q1–Q3, 1–5 days).

Conclusion. – Patients with terminal heart failure have many symptoms often requiring multidisciplinary care. This type of study relating practices shows that there is still a lot to do to integrate palliative care in the usual management of patients with heart failure.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Severe heart failure; Palliative care; Multidisciplinary; Symptoms

1. Introduction

La majorité des pathologies cardiovasculaires tend à évoluer vers un tableau d'insuffisance cardiaque, c'est-à-dire vers une incapacité du cœur à maintenir au repos et à l'effort un débit suffisant pour répondre aux besoins métaboliques de l'organisme. De manière plus ou moins rapide, cette insuffisance cardiaque conduit à une insuffisance cardiaque terminale [1].

L'insuffisance cardiaque est une pathologie fréquente touchant environ 2 % de la population mondiale. Sa prévalence augmente de façon exponentielle avec l'âge du patient et elle touche 10 % des patients de plus de 80 ans [2]. L'évolution vers l'insuffisance cardiaque terminale induit chez les patients une mortalité élevée. En effet, 40 % des patients décèdent l'année du diagnostic d'insuffisance cardiaque et le risque de mort subite inhérent à cette pathologie touche deux patients sur trois [2]. Il faut aussi souligner que l'insuffisance cardiaque de par son évolution inéluctable vers une insuffisance cardiaque terminale est une affection au pronostic sévère. Son pronostic est souvent plus grave que celui des patients atteints de cancer [3]. Stewart souligne que la morbidité et la malignité par insuffisance cardiaque sont bien supérieures à celles des cancers sauf pour le cancer pulmonaire. L'insuffisance cardiaque est donc la seconde étiologie de mortalité chez l'homme de plus de 65 ans après le cancer pulmonaire [4].

L'insuffisance cardiaque terminale, de par la multiplicité et la complexité des symptômes qu'elle induit (cachexie, asthénie, dyspnée, amaigrissement, complication de décubitus, etc.), est une pathologie difficile à prendre en charge [5–7]. Cette prise en charge doit être multidisciplinaire en faisant appel à plusieurs axes stratégiques : les règles hygiéno-diététiques, le renforcement de l'éducation du patient, les traitements médicamenteux et les gestes interventionnels. Mais, il faut constater que les traitements médicamenteux cardiotropes (diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, bêtabloquants...) ou bien les traitements chirurgicaux (revascularisation coronaire, remplacement valvulaire, transplantation cardiaque, stimulation électrique cardiaque multi-sites...) n'offrent aux patients que des thérapeutiques d'attente – de confort, n'altérant en rien l'évolution de la maladie vers l'insuffisance cardiaque terminale [8].

Dès l'annonce du diagnostic, en l'absence de traitement curatif comme la chirurgie d'une valvulopathie ou le traitement d'une hypertension artérielle, un patient souffrant d'insuffisance cardiaque est un patient défini comme en situation palliative. Cette pathologie aura un effet négatif sur presque toutes les dimensions de la vie des patients comme pour le cancer (physique,

psychosociale, spirituelle, familiale) [7,9]. De nombreux travaux ont démontré l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire [10–12] et si les soins palliatifs sont de plus en plus développés dans le domaine du cancer, ils restent très limités dans le champ de l'insuffisance cardiaque [13].

Cependant, cette situation semble se modifier avec de plus en plus de travaux s'intéressant à l'intérêt d'une prise en charge de type palliative dans le cadre de l'insuffisance cardiaque [14–16]. Lehman propose dans ces situations d'insuffisance cardiaque sévère de se poser plusieurs questions : « Serais-je surpris si ce patient devait décéder dans l'année à venir ? ». Si la réponse est non, il est alors temps d'adopter une démarche palliative [17]. L'introduction précoce de soins palliatifs non seulement améliore la qualité de vie par un meilleur contrôle des symptômes mais améliore également la survie. Cette intégration précoce est bien perçue et vécue par les patients atteints d'un cancer du poumon [18,19]. On retrouve également quelques travaux similaires dans le champ de l'insuffisance cardiaque avec une demande croissante des patients d'une prise en charge plus holistique [5,15,20].

Il nous a donc paru intéressant d'analyser rétrospectivement des dossiers de patients décédés d'insuffisance cardiaque, afin de déterminer si ces derniers avaient pu, au cours de leur dernière hospitalisation, bénéficier d'une prise en charge palliative intégrée à leur prise en charge cardiologique.

2. Patients et méthode

Une étude rétrospective a été réalisée chez les patients décédés d'insuffisance cardiaque en 2009 sur 2 centres hospitaliers de Saône et Loire : le centre hospitalier de Chalon-sur-Saône et le centre hospitalier du Creusot (Hôtel-Dieu). Seul le centre hospitalier de Chalon était doté d'une équipe mobile de soins palliatifs qui démarrait tout juste son activité au sein de l'établissement.

2.1. Critères d'inclusion et sélection de la population

Les critères d'inclusion retenus dans ce travail étaient :

- patient décédé sur l'année 2009 (date du certificat de décès) ;
- diagnostic retenu (après analyse par le département d'informatique médicale) : insuffisance cardiaque

Ces 2 critères d'inclusion ont permis d'identifier 30 patients décédés sur Chalon et 31 patients décédés sur le Creusot. L'analyse a été réalisée sur 20 dossiers de chaque établissement.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868740>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868740>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)