

Éthique et transfusion

Transfusion de globules rouges en situation oncologique palliative

*Red blood transfusion in palliative care situation*C. Velter^{a,*,b}, V. Montheil^c, J. Alexandre^d, P. Vinant^c, F. Goldwasser^d^a Clinique dermatologique, faculté de médecine, université de Strasbourg, hôpitaux universitaires de Strasbourg, 1, place de l'Hôpital, 67091 Strasbourg, France^b Laboratoire d'éthique médicale, université Paris Descartes, 45, rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France^c Médecine palliative, hôpital Cochin, AP-HP, université Paris Descartes, 123, boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France^d Cancérologie, hôpital Cochin, Assistance publique–Hôpitaux de Paris (AP-HP), université Paris Descartes, 123, boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France

Disponible sur Internet le 23 août 2016

Résumé

L'anémie est une situation courante en cancérologie et les transfusions sont fréquentes. Nous questionnons le processus décisionnel des transfusions de concentrés de globules rouges en situation palliative exclusive à partir d'un cas clinique. Il s'agissait du cas singulier d'un patient suivi pour un cancer prostatique métastatique en situation palliative avec une anémie symptomatique (asthénie, douleurs angineuses). Nous analysons dans ce cas particulier, qui ne décrit pas la réalité des pratiques habituelles, le processus décisionnel des transfusions reposant sur l'évaluation du pronostic oncologique, les menaces vitales à court terme, le projet de vie et la tolérance de l'acte transfusionnel. Ce patient a reçu 5 concentrés de globules rouges en 4 mois avant qu'une décision collégiale propose un arrêt des transfusions devant une mauvaise tolérance de l'acte et une aggravation du pronostic. Cet exemple pourrait être un modèle de collégialité utilisé pour mieux mesurer le caractère raisonnable ou non des prescriptions en fonction de l'objectif et du sens, sans que cela soit automatisé. Même s'il existe un faible risque de pénurie des concentrés de globules rouges, il semble important de former les médecins pour limiter les transfusions abusives et définir les seuils transfusionnels. Différents niveaux de sécurité des concentrés de globules rouges poseraient le problème de la gestion de plusieurs stocks. Les transfusions de concentrés de globules rouges en situation palliative peuvent s'envisager sous réserve de collégialité, d'annonce pronostique, d'information claire de l'objectif palliatif symptomatique, lors de courtes hospitalisations et après réévaluation de la pertinence des transfusions pour le patient.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Transfusion de concentrés de globules rouges ; Médecine palliative ; Cancérologie ; Processus décisionnel ; Éthique**Abstract**

Anemia is frequent in oncology. We debate the decision-making process of erythrocyte transfusion in palliative care situation from a case report. A patient with a prostatic metastatic cancer was in palliative situation with asthenia and coronary symptom. We analyze, in this particular case that does not describe reality of normal practice, the decision-making process of erythrocyte transfusion. These transfusions were based, in this case, on the evaluation of oncology prognosis, the short-term vital threats, life project and clinical safety of the transfusion. The patient has received 5 erythrocyte transfusions in 4 months until a multidisciplinary meeting decided to stop transfusion because of poor prognostic situation and bad tolerance of the act. This patient could be a collegial model used to measure the reasonable nature of prescription depending on the purpose and the goal of the patient but does not allow generalization. Although there is low risk of erythrocyte shortage, it seems important to train doctors to reduce abusive transfusion and define transfusion thresholds. Different levels of erythrocyte transfusion security would raise the issue of management of several stocks. Erythrocyte transfusion in palliative care can be considered subject to prognostic information and the palliative aim of the transfusions, multidisciplinary decision-making, during short hospitalizations and with evaluation of the act and consequences for the patient.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords : Erythrocyte transfusion; Palliative care; Oncology; Decision-making process; Ethics

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : charles.velter@chru-strasbourg.fr (C. Velter).

1. Introduction

L'anémie est fréquente chez les patients atteints d'un cancer solide et ce, quel que soit le stade de la maladie [1,2]. Le défaut d'oxygénation tissulaire lié à l'anémie peut avoir plusieurs conséquences : fatigue, dyspnée ou parfois se traduire par une sensation de malaise. Ces différents symptômes contribuent à altérer la qualité de vie des patients et l'anémie impacte aussi le pronostic vital [3–5]. Les transfusions de globules rouges permettent d'augmenter le taux d'oxygène pour limiter les effets délétères du déficit en oxygène [6]. Une étude de 2008 a montré qu'un taux prolongé d'hémoglobine inférieur à 11 g/dL était significativement associé à une surmortalité [7].

Lorsqu'un patient suivi en oncologie reçoit des traitements dont l'objectif thérapeutique est une rémission ou un gain en survie prolongé, il est licite et même approprié d'avoir recours à des transfusions de concentrés de globules rouges (CGR) si cela s'avère nécessaire. En situation palliative exclusive, lorsque l'objectif des traitements est centré sur le confort, nous pouvons nous interroger sur la pertinence et la légitimité de ces transfusions, qu'il s'agisse de les proposer ou de les maintenir.

Comme tout traitement en situation palliative, la transfusion de CGR interroge la proportionnalité des soins en fin de vie : qui la demande ou la propose ? Quel en est l'objectif ? Atteindre un seuil d'hémoglobine ? Améliorer des symptômes ? Améliorer à court terme la survie du patient pour lui permettre de réaliser un projet ? Cela soulève donc le problème d'une prescription adaptée en situation palliative. La revue de la littérature actuelle sur ce sujet n'apporte pas de recommandations spécifiques mais nous avons retrouvé plusieurs observations ou éclairages. Il n'existe pas, à ce jour, de recommandation formelle ni de consensus. Les pratiques divergent selon les écoles [8]. Une étude parue dans *Journal of Palliative Medicine* en 2009 a mis en évidence sur 40 patients atteints d'un cancer, une amélioration significative à j1 des symptômes mais qui ne persistait pas à j15 malgré un taux d'hémoglobine stable [9]. Certains recommandent des transfusions à domicile sans que cela ait montré de réduction des coûts [8]. Une étude parue dans *Transfusion clinique et biologique* en 2010 souligne que la transfusion améliore les symptômes (asthénie, dyspnée et bien-être du patient) mais que le traitement doit être discuté au cas par cas [1–3]. Une approche individualisée pour les patients en fin de vie est également suggérée dans un article paru dans *Transfusion clinique et biologique* en 2013 [10].

Nous proposons de réfléchir à cette problématique à partir d'une situation clinique, exemple qui ne reflète pas la réalité d'une pratique courante, mais qui permet de discuter un modèle de collégialité pour mieux mesurer le caractère raisonnable ou non des prescriptions en fonction de l'objectif et du sens.

2. Cas clinique

Il s'agissait d'un patient né en 1952, suivi dans le service d'oncologie pour un cancer de la prostate. Ce patient était marié, tenait avec son épouse un restaurant et était en arrêt maladie

depuis la découverte du cancer. Il vivait avec sa femme et son fils (âgé de 24 ans, étudiant en commerce) en appartement au 3^e étage, sans ascenseur. Le patient était artiste et continuait ses activités de sculptures et de peintures au domicile.

Il avait pour principales comorbidités une infection par le VIH sous trithérapie et une coronaropathie stentée en 2008 et en 2012.

L'histoire de la maladie remontait à 2011 où un bilan réalisé pour explorer des douleurs osseuses intenses post-traumatiques retrouvait un adénocarcinome prostatique d'emblée métastatique. Malgré 5 lignes de traitements spécifiques par hormonothérapie puis radio-chimiothérapies entre 2011 et octobre 2014, le patient était toujours en progression tumorale avec des douleurs importantes.

En octobre 2014, à l'occasion d'une réunion de concertation pluridisciplinaire onco-palliative, l'équipe décidait de l'arrêt des traitements spécifiques : faible bénéfice symptomatique de la dernière ligne de radiothérapie métabolique et suspicion de progression méningée de la maladie.

L'historique des transfusions en situation palliative commençait en novembre 2014 (Tableau 1). Le patient était groupe A Rh+ (transfusion en CGR phénocompatibles RH-KEL1 et compatibilisés) et la recherche d'agglutinines irrégulières était négative. Après la décision d'arrêt des thérapeutiques spécifiques, le patient vivant à domicile, très entouré et gardant de nombreux projets, la question de la place des transfusions en cas d'aggravation de l'anémie chronique a été posée. L'analyse de la situation a alors reposé sur :

- l'évaluation du pronostic oncologique via le syndrome tumoral et les paramètres clinico-biologiques les plus récents ;
- les facteurs aggravants pouvant engager le pronostic vital à court terme avec au premier plan l'anémie et le risque d'infarctus du myocarde ;
- la volonté exprimée par le patient : projet de maintien au domicile autour de sa famille et de ses amis, avec une vie sociale riche et aussi une vie culturelle intéressante ;
- une bonne tolérance de l'acte transfusionnel.

Il a alors été décidé de maintenir les transfusions de CGR pour soulager les symptômes (asthénie, douleurs angineuses) sans toutefois se fixer un objectif de taux d'hémoglobine, et seulement dans la mesure où il y aurait un rendement transfusionnel symptomatique satisfaisant. L'ensemble des personnes présentes s'accordait également sur la nécessité d'évaluer chaque fois la situation clinique et le vécu du patient avant de réaliser ce geste. Le patient et ses proches étaient bien informés du pronostic et du projet de soins de confort exclusifs.

Entre novembre 2014 et avril 2015, le patient a reçu 5 culots de globules rouges.

En novembre 2014, deux culots ont été administrés, à l'occasion d'une hospitalisation de trois jours en oncologie, pour une anémie symptomatique à 6,9 g/dL. Puis, devant l'évolution de la maladie et l'altération de l'état général, il a été hospitalisé en unité de soins palliatifs (USP) pour deux séjours de répit avec des retours au domicile et un suivi maintenu en hôpital de jour (HDJ) d'oncologie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5124987>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5124987>

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