

27 **ES** **JOURNÉES** **DE LA** **SOCIÉTÉ**
FRANÇAISE
NEURO-VASCULAIRE
16-18 NOV. 2022
PALAIS DES CONGRÈS D'ISSY

- ▶ **AVC et Cancers: considérations éthiques**

Dr Amandine Quivy , Oncologue médicale CHU Bordeaux

- Ethique et AVC
- Ethique et cancer



- Ethique cancer et AVC ??
 - Lien entre ses 2 pathologies
 - En quoi la survenue d'un AVC va modifier une prise en charge oncologique?
 - En quoi la présence d'un cancer va modifier la prise en charge d'un AVC ?
 - En quoi l'évolution des prises en charges médicales de l'AVC et du cancer conduisent à un questionnement éthique ?
 - Quelles sont les questions qui vont se poser ? Comment y réfléchir et prendre une décision? Lien entre les équipes neuro/onco ? Place des équipes d'éthiques?
 - Quel est l'objectif commun de ce questionnement ?

Cancer-associated stroke: Pathophysiology, detection and management (Review).

EFTHIMIOS DARDIOTIS¹, ATHINA-MARIA ALOIZOU^{1*}, SOFIA MARKOULA^{2*}, VASILEIOS SIOKAS¹, KONSTANTINOS TSAROUHAS³, GEORGIOS TZANAKAKIS⁴, MASSIMO LIBRA⁵, ATHANASSIOS P. KYRITSIS², ALEXANDROS G. BROTSIS⁶, MICHAEL ASCHNER⁷, ILLANA GOZES⁸, DIMITRIOS P. BOGDANOS^{9,10}, DEMETRIOS A. SPANDIDOS¹¹, PANAYIOTIS D. MITSIAS^{12,13} and ARISTIDIS TSATSAKIS.

INTERNATIONAL JOURNAL OF ONCOLOGY 54: 779-796, 2019

- Patients avec AVC: 10 à 15% présence d'un cancer (50% ischémique, 50% hémorragique)
- USA : 1 patient/10 hospitalisés pour un AVC a un cancer
- Mortalité intra hospitalière plus élevée
- Survivants à 5 ans d'un lymphome de Hodgkin 7% d'AVC sur suivi de 17,5 ans
- Causes :
- Risque plus important au diagnostic
- Cancers du poumon, du pancréas, colo-rectal, sein, prostate
- Cancers rein , mélanome : risque hémorragique

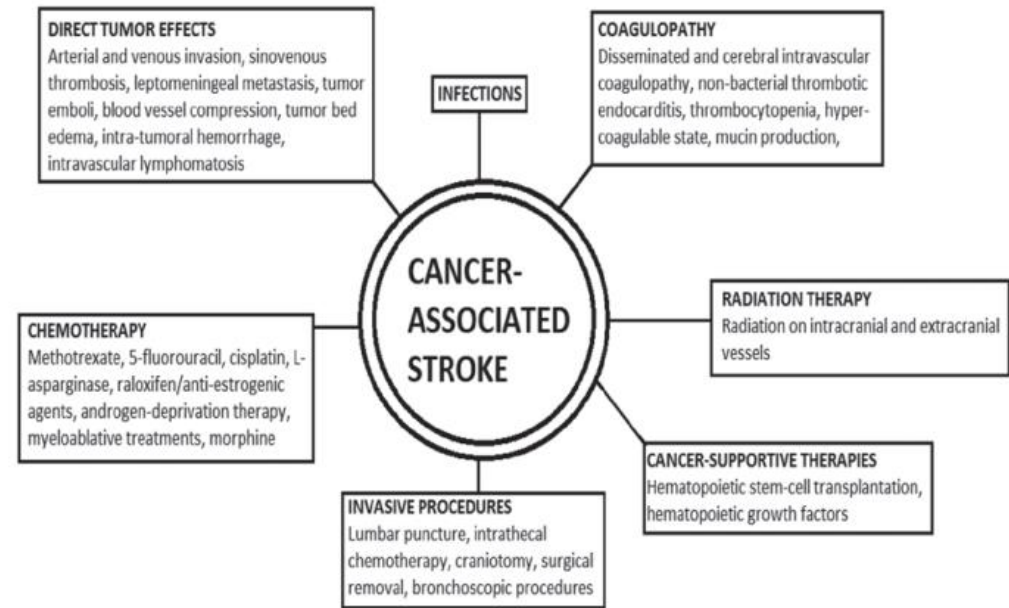


Figure 1. Schematic representation of the factors pertaining to a cancer-associated stroke.

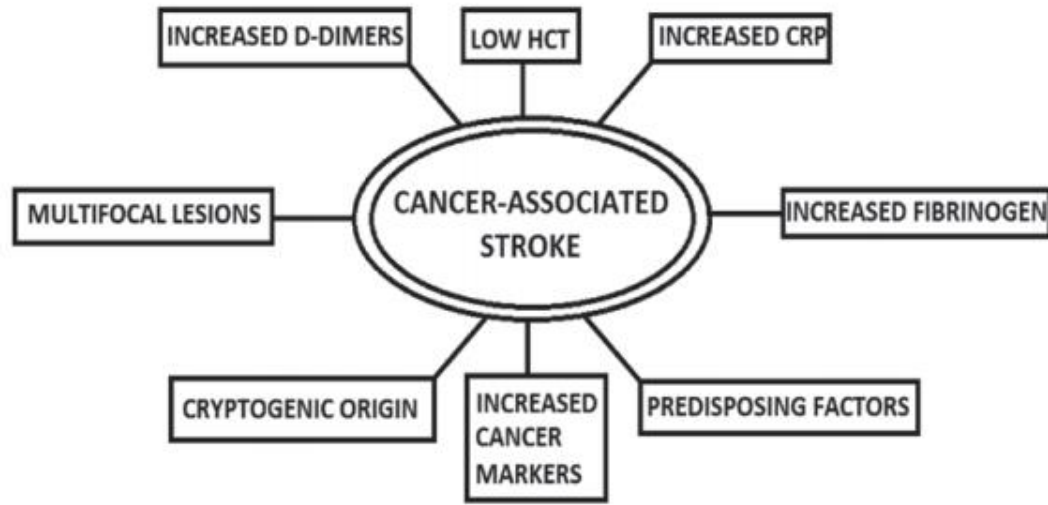


Figure 2. Factors hinting towards a cancer-associated stroke. HCT, hematocrit; CRP, C-reactive protein.

- Cancer « actif »
- Prise en charge identique ??
- Pronostic plus sévère
- Pas de CI théorique à la thrombolyse ??
- Anticoagulation/antiagrégation
- Prévention : contrôle des fdr, trtt préventif ?

Questions ????

- AVC + Cancer : gravité
- Optimisation de la prise en charge de chaque pathologie ?
 - AVC : cause, traitement optimal possible, rééducation, séquelles ...
 - Cancer: stade, objectif thérapeutique, traitements à risque.....
- Priorisation ?
- Place du patient
- Lien entre les 2 équipes
- Quels choix faire dans la prise en charge ??? Ne pas faire perdre de chances mais ne pas être dans l'obstination déraisonnable

Comment l'éthique peut-elle nous aider ?

- Situations cliniques complexes
 - Référentiels
 - Ce que dit le patient et son entourage
 - Ce que dit l'équipe soignante
 - Ce que dit la loi
 - Ce que me disent mes valeurs , ma déontologie
- Prise de décisions



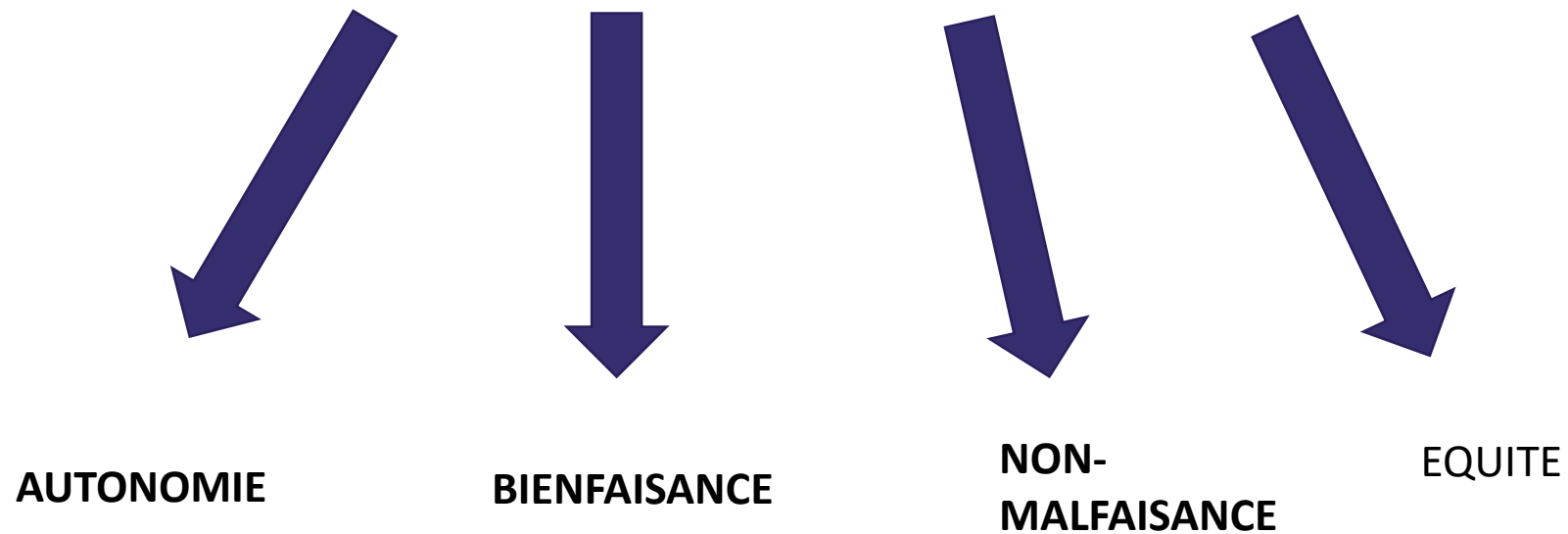
Ethique

Qu'est ce que l'éthique ?

- L' éthique est une réflexion sur le bien, sur le bien fondé d'une action
- Paul Ricoeur: « la visée éthique: visée à la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes »
 - Souci de soi
 - Souci de l'autre
 - Souci de la collectivité
- L'éthique est une démarche centrée sur « que faire, pour bien faire, comment et pourquoi? »
- Ethique clinique: questionnement sur nos pratiques professionnelles, questionner le sens des décisions

L'annonce d'une maladie grave fait naître une exigence de justice dans l'esprit des patients
Pour qu'une décision soit « juste » il faut respecter les principes éthiques d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et d'équité

EXIGENCE DE JUSTICE



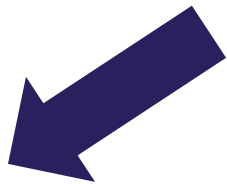
Le Coz Pierre. Petit Traité de la décision médicale. Paris : Seuil, 2007

-
- Réflexion éthique : principes éthiques (TL.Beauchamp et J.Childress Principles of biomedical ethics)
 - **Autonomie**: participation du patient aux décisions le concernant
 - **Bienfaisance**: accomplir un bien pour le patient qu'il puisse reconnaître en tant que tel
 - **Non malfaisance**: épargner au patient toute souffrance inutile
 - **Équité**: partager entre tous les patients les ressources disponibles

Conflit de valeurs/tension entre principes



Angoisse/Dilemme



Fuite



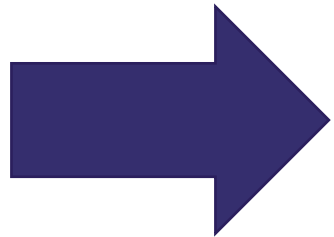
Agressivité



**Démarche
éthique**

Le Coz Pierre. Petit Traité de la
décision médicale. Paris : Seuil, 2007

-
- Comment juger du caractère déraisonnable d'un traitement?
 - Place du choix du patient?
 - Comment prendre la meilleure décision pour et avec le patient?

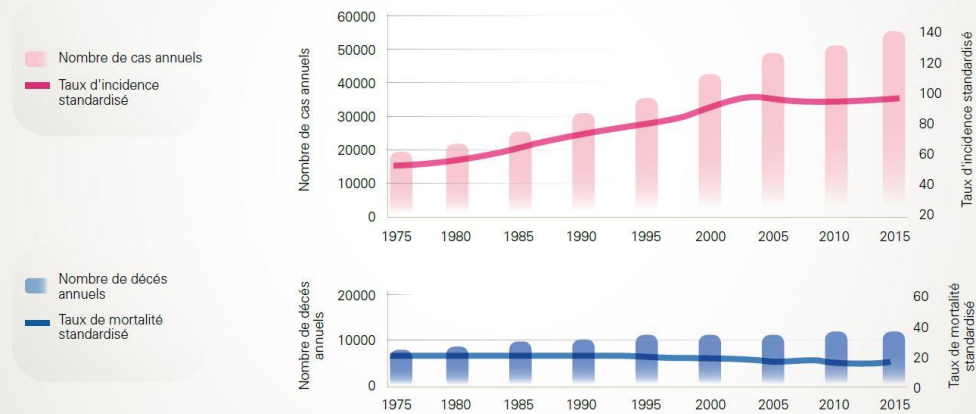


• **Réflexion éthique**

Epidémiologie et Evolution de la cancérologie

Chiffres

Évolution de l'incidence et de la mortalité entre 1975 et 2015



Source: données Francim, calculs Hospices de Lyon

PRÉVALENCE DES CANCERS

La prévalence totale des cancers dénombre les personnes en vie ayant eu un diagnostic de cancer au cours de leur vie. En 2017, on estime que cette prévalence est de l'ordre de 3,8 millions en France métropolitaine, un chiffre en hausse qui est lié à l'augmentation du nombre de nouveaux cas et à l'amélioration de la survie.



-
- Une constatation : plus de patients guéris et plus de patients qui vivent avec leur cancer et des traitements
 - **Pourquoi ?** Quels changements en oncologie médicale ces dernières années?
 - Quelles **conséquences** pour les **malades** et pour les **équipes** qui les prennent en charge ?

- Conséquences de ces changements :

- Plus de patients guéris :

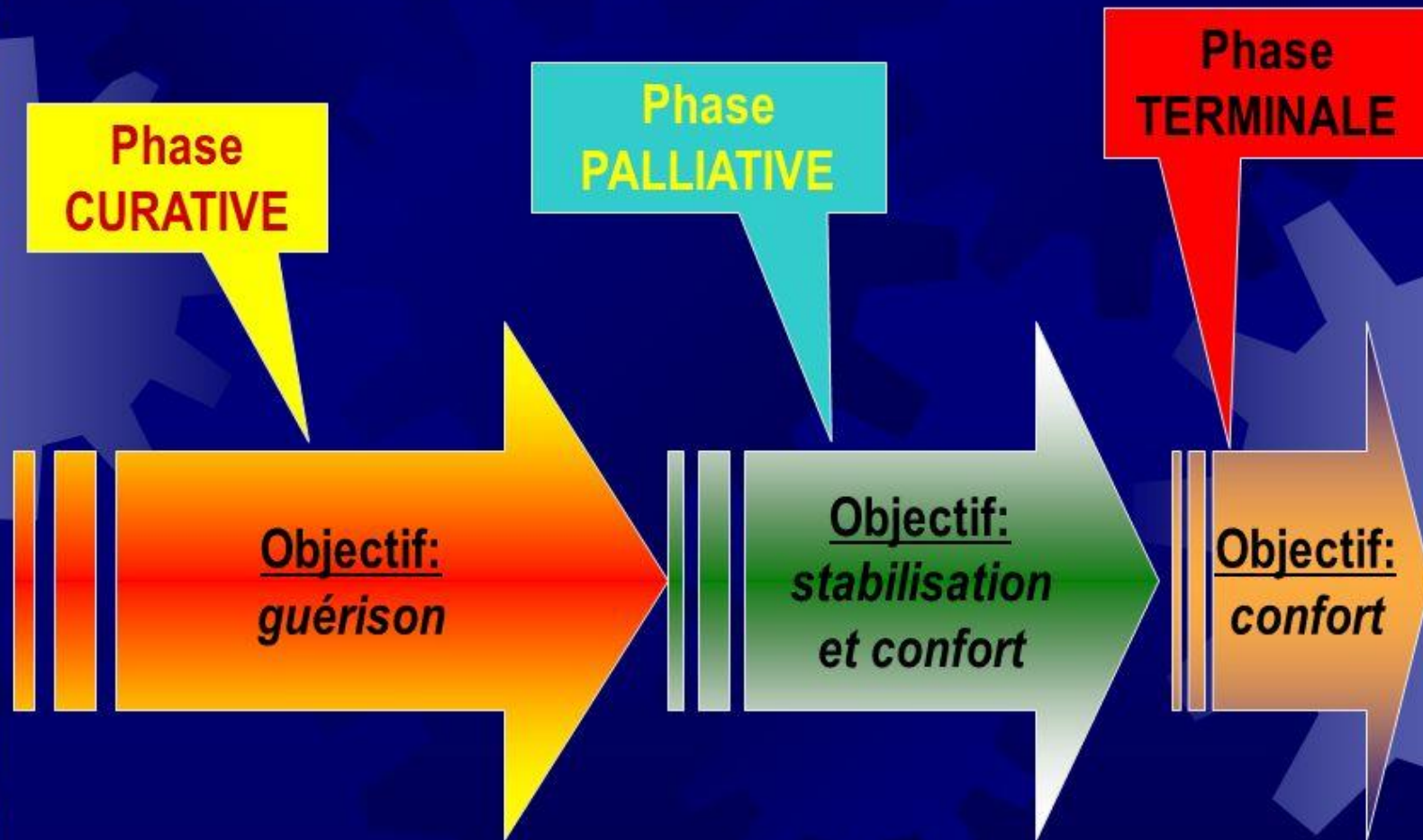
- Réflexion sur la prise en charge de l' « après cancer »

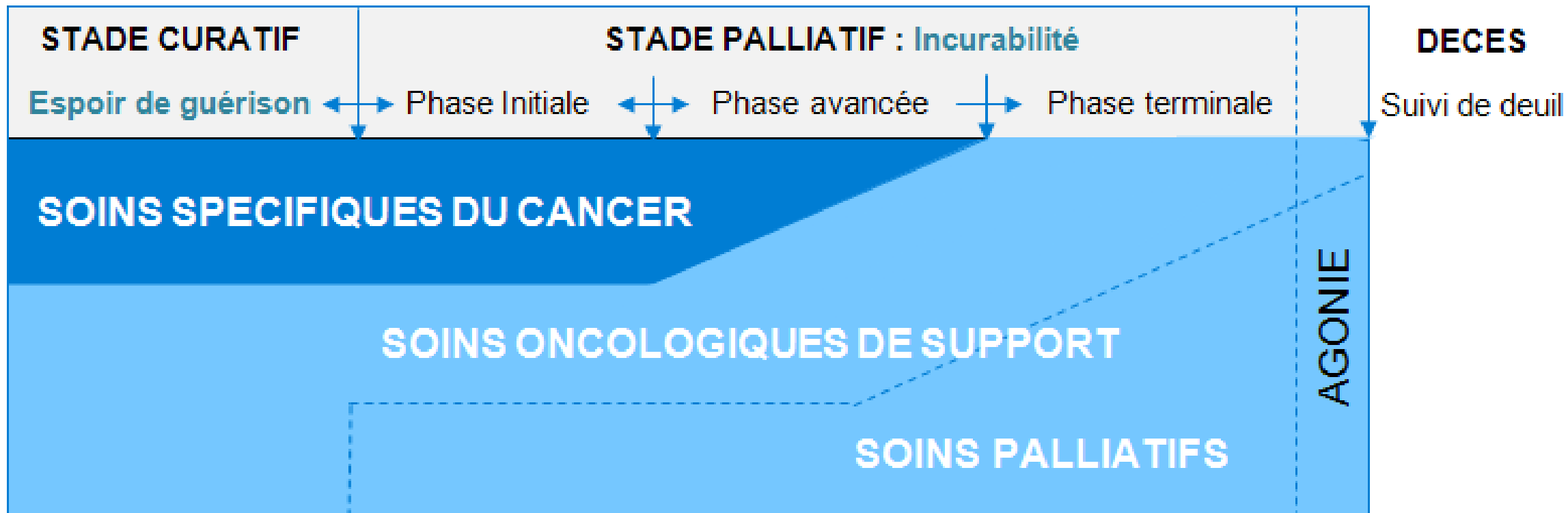
- Plus de patients vivant avec un cancer:

- Maladie chronique, survenue d'autres pathologies, objectif de vie de plusieurs années, notion du sens de la prise en charge et de la balance bénéfices/risques des traitements

- Nouvelles réflexions sur la prise en charge des patients, parcours de soins, évaluation de la qualité de vie, objectifs des traitements, balance bénéfices/risques

Les phases évolutives





Les questions en lien avec AVC et cancers

- AVC en lien avec le cancer ou un traitement du cancer? Ou en lien avec comorbidités vasculaires ?
- Possibilité de prise en charge optimale de l'AVC chez patients avec un cancer ? Thrombolyse? Thrombectomie?
- Possibilité de mise en place ou de poursuite d'un traitement anti-cancéreux chez patient qui vient de faire un AVC ?
- Possibilité d'optimisation des 2 prises en charges simultanément? Laquelle prioriser et pourquoi ? Comment décider?
- Notion de gradation des soins, de limitations thérapeutiques
- Quel place au patient et à sa famille ?
- Quels objectifs et comment organiser la suite de la prise en charge ?
- Sur quoi se baser pour décider????
- ???????????

Cas clinique 1

- Mr B.62 ans
- **Antécédents principaux :**
Infarctus en 2005 avec pose de 3 stents, probable BPCO jamais diagnostiquée avec emphysème au scanner.
- **Mode de vie :** Traiteur, en profession libérale, encore en activité. Marié, 3 enfants (17, 28 et 35 ans), vit à Mios dans une maison à étage, tabagisme > 100 PA, consommation excessive d'alcool à 3 verres d'apéritif par jour, en diminution.
- **Traitement :** PLAVIX 75 mg : 1-0-0, TENORMINE 50 mg : 0.5-0-0, LESCOP LP 80 : 0-0-1
- **Histoire de la maladie :**
 - Découverte fortuite d'une tumeur rénale polaire inférieure gauche en 2017
 - **Néphrectomie partielle gauche (20/11/2017) :** carcinome rénal à cellules claires
 - Récidive rénale gauche et **Néphrectomie totale gauche (04/12/2018) :** Carcinome rénal à cellules claires de grade IV avec composante rhabdoïde et sarcomatoïde > 50 %
 - **Rechute métastatique,** apparition de 3 nodules pulmonaires en juin 2019. Progression rapide sur le scanner de contrôle du 27/11/2019
- **Première ligne par SUNITINIB débutée le 17/02/2020 :** réponse quasi complète à 1 an sauf 1 nodule pulmonaire évolutif, décision de **chirurgie** de résection du nodule pulmonaire en janvier 2021, puis **pause thérapeutique**
- Progression pulmonaire en juin 2021: traitement chirurgical en septembre 2021 et maintien de la pause thérapeutique
- **AVC en septembre 2021 post chirurgie :** AVC des artères perforantes de la choroïdienne antérieure G , révélé par un déficit moteur facio brachial droit, dysarthrie et PF D.
 - Bilan : sténose carotide interne G 60%, sténose carotide interne droite 40%, ETT pas de cardiopathie emboligène, IRM pas de localisation secondaire, pas de facteur pro-coagulant hormis le cancer (le traitement anti-angiogénique était suspendu)
 - Traitement par bolus d'aspégic et relai aspégic plavix et optimisation du traitement anti HTA , sevrage tabagique
 - Régression des symptômes , absence de séquelles
- **Progression pleurale, pulmonaire et pariétale en janvier 2022:** 2^{ème} ligne de traitement par **Nivolumab**, pas de reprise de sunitinib dans le contexte d'AVC récent
- **Progression rapide** après 2 mois de traitement : arrêt du nivolumab et mise en place d'un traitement par **cabozantinib** en mars 2022, en cours avec une réponse partielle . Discussion rcp avant mise en place cabozantinib devant l'atcd d'avec , surv TA rapprochée

Analyse de la situation au moment de l'AVC

- Situation oncologique:

- Cancer du rein métastatique
- Traitements du cancer du rein M+ : traitements anti-angiogéniques favorisant l'HTA et les accidents cardio-vasculaires
- Pas de traitement en cours, cancer non évolutif

- Situation neurologique :

- AVC en post chir
- Cause athérosclérose
- Peu de retentissement fonctionnel
- Bonne récupération, rapide

- Situation générale:

- Patient de 62 ans
- Bon état général

Questionnement

- Prise en charge optimale de l'AVC ?
 - Patient en bon état général, 62 ans
 - Cancer du rein M+ contrôlé
- Reprise d'un traitement anti-angiogénique à la progression ?
 - Pas d'autre alternative thérapeutique
 - Balance : bénéfices/risques , ne pas traiter le cancer/risque de refaire un AVC
 - Contrôle des autres FDR : TA , tabac
 - Discussion RCP
 - Surveillance rapprochée, lien avec cardio, neuro

- Mr C. 65 ans
- Chirurgie d'un cancer de vessie il y a 9 ans
- Découverte TVP et suspicion de récurrence loco-régionale il y a 2 semaines
- Survenue d'un AVC : aphasie et hémiparésie G
- Pas de thrombolyse (délai) , traitement endovasculaire, apixaban, œdème cérébral nécessitant décompression (troubles cognitifs et hémiparésie G)
- Transfert en rééducation : prise en charge motrice et cognitive (> 2 mois)
- Amélioration donc exploration de la suspicion de cancer de la vessie : diagnostic de récurrence posé et évaluation pour envisager un traitement par chimiothérapie
- Aggravation respiratoire brutale (atteinte métastatique pleurale et pulmonaire) conduisant au décès

Analyse de la situation

- Situation oncologique:
 - Suspicion de récurrence d'un cancer de la vessie
 - MTEV récente (signe de cancer actif)
 - Pas de possibilité de traitement anticancéreux au décours immédiat de l'AVC
 - Réflexion à distance sur poursuites de examens et traitement
- Situation neurologique
 - Traitement optimal
 - Retentissement fonctionnel et séquelles importantes
 - Longue récupération, rééducation
- Situation générale
 - 65 ans
 - Altération de l'état général en lien avec l'AVC

Questionnement

- Possibilité de prendre en charge la suspicion de récurrence cancéreuse de manière optimale en post AVC?
 - Séquelles
 - Altération de l'état général
 - Non accessible à un traitement anti-cancéreux
- Possibilité de prendre en charge la suspicion de récurrence cancéreuse de manière optimale à distance de l'AVC?
 - Amélioration de l'état général et de l'autonomie
 - Progression du cancer

- Mise en place d'une rééducation mais pas de possibilité de traitement du cancer
 - Situation palliative vis-à-vis du cancer, de l'AVC.....
 - Risque de décès
 - Objectif de la rééducation ?
 - Discussion avec le patient , la famille sur ces objectifs
 - Discussion collégiale : neuro, onco, MPR
- Pas de recommandations précises pour ces situations , c'est du cas par cas avec discussion collégiale multi-professionnelle et discussion avec la patient et sa famille :
 - Situation oncologique: pronostic, objectif du traitement, résultats attendus...
 - Situation neurologique et de rééducation: pronostic de l'avec , séquelles, possibilités de récupération

Éléments nécessaires pour la réflexion éthique

- Analyse de la situation oncologique et avis onco :
 - Stade du cancer, pronostic, traitement en cours ou envisagé...
- Analyse de la situation neurologique et avis neuro:
 - Cause de l'AVC, traitement optimal?, pronostic, séquelles, risque de récurrence
- Analyse de la situation générale du patient:
 - État général avant la survenue de l'AVC, état général après l'AVC et possibilité d'amélioration
 - Co-morbidités
- Information du patient et de sa famille sur la situation et recueil de leur ressenti, souhait, objectif de vie

Réflexion éthique

- Au quotidien
- Au sein de l'équipe soignante qui prend en charge le patient
- Recours à des avis spécialisés onco, cardio, neuro, MPR, réa
- Discussion au sein du service
- Recours à un avis extérieur (comité d'éthique, équipe d'éthique clinique)
- Prise en compte de l'avis du patient et de sa famille
- Collégialité
- Décision, projet global de prise en charge, mise en place de limitations thérapeutiques ou non
- Traçabilité
- Réévaluation

La démarche en éthique clinique. Guide pour la mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en éthique. *A. de Broca. Ethique et Santé (2012) 9, 14-21.*

Tableau 1 Démarche en éthique clinique (DEC).

Face à une situation clinique difficile
Face aux questions éthiques posées par le malade ou son représentant ou par un soignant

	Qui organise, qui coordonne?	Que font-ils?
Étape I		
Analyse contextuelle	Médecin référent	Travail de synthèse et de préparation de la RCPE avec : analyse systématique de la personne malade bibliographie sur la maladie ou le problème présenté analyse de la situation par tous les autres intervenants de ce patient (CHU – CGG – Libéraux – réseaux) et de toutes disciplines (appels – courriers)
Étape II		
RCPE période 1 Réunion pluridisciplinaire éthique	Médecin référent et, ou une personne référente en éthique avec un grand groupe de soignants en absence du malade et de ses représentants	
1 (a)		Reprise de l'analyse de la situation et précisions avec les membres présents
1 (b)		Exposition de l'analyse rationnelle de la question posée
1 (c)		Élaboration des différentes solutions possibles
RCPE période 2	Médecin référent et, ou une personne référente en éthique avec un petit groupe de soignants en présence du malade et de son représentant	
2 (a)		Réécouter le malade et ses questions
2 (b)		Discussion des différentes solutions. Tentative que tous puissent donner du sens à la solution prônée par le malade ou son représentant
2 (c)		Décision prise par le malade assumée par le médecin
En cas de conflit ou d'incompréhension entre soignants et soignés, il est urgent de reprogrammer une nouvelle RCPE dans les jours à venir		
Étape III		
Réalisation de la décision consensuelle	Médecin et l'équipe paramédicale responsable de l'accompagnement et de la réalisation de la décision	Réalisation de la décision rapide (exemple d'un retrait d'une sonde d'intubation) différée (il est décidé de reprendre une discussion au bout de quelques semaines) à long terme (décision de non réanimation en cas de malaise nouveau)
Étape IV		
Étape d'évaluation et de préconisation	Médecin référent, cadre soignant, référent éthique	Réunion d'évaluation avec tous ceux qui ont œuvré à la DEC et à la décision Propositions de préconisations afin de mieux prendre en charge les patients suivants

- Médecin référent
- Médecin spécialistes
- Soignants
- Référent en éthique (formation)

Exemple de fiche : décision médicale concertée

- Pathologie principale
- Comorbidités influençant le pronostic
- État actuel du patient
- Souhait du patient
- Que dit l'entourage
- Eventuelles alternatives thérapeutiques
- Décision prise
- Information de la décision
- Date de la prochaine réunion de réflexion
- Professionnels présents

La réflexion éthique une nécessité

- La médecine d'aujourd'hui nous confronte souvent à des situations complexes où les décisions sont difficiles car non unanimes, non consensuelles
- Comment prendre la « bonne », « la meilleure » ou « la moins mauvaise décision »? Selon quels éléments ? Quelles valeurs ?
- Comment ne pas être dans le paternalisme ou laisser le patient dans l'autodétermination ?
- Comment communiquer autour de ces discussions complexes?
- Comment faire au mieux ?

- « Savoir s'arrêter et s'asseoir pour discuter de la vie, de sa vie avec autrui, avec un soignant est au cœur de cette démarche éthique. Si depuis Hippocrate, l'acte médical se construit entre trois termes, la maladie, le malade et le médecin, le soignant d'aujourd'hui se doit d'organiser ce temps de réflexion en commun. »