




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



## EXPÉRIENCES PARTAGÉES

# À propos d'un cas d'arrêt d'oxygénothérapie chez un malade agonique en détresse respiratoire

Case report withholding oxygen therapy in a terminally ill patient suffering from a respiratory distress syndrome



**Dominique Grouille<sup>1,\*</sup>, Bertrand Sardin<sup>1</sup>,  
Jean-Vincent Bourzeix<sup>1</sup>, Michelle Pimont<sup>1</sup>,  
Gérard Terrier<sup>2</sup>**

*Service d'accompagnement et de soins palliatifs, pôle clinique médicale, CHU Dupuytren,  
2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges cedex, France*

Reçu le 15 décembre 2010 ; accepté le 7 mars 2011  
Disponible sur Internet le 17 mai 2011

### MOTS CLÉS

Soins palliatifs ;  
Agonie ;  
Détresse  
respiratoire ;  
Oxygénothérapie

**Résumé** Un patient suivi pour un mésothéliome pleural très évolué et en abstention thérapeutique a été victime d'un œdème pulmonaire lésionnel provoqué par l'inhalation de liquide digestif. Des thérapeutiques curatives ont alors appliquées. Parallèlement, une sédation profonde a été prescrite pour réduire la souffrance liée à la détresse respiratoire. Malheureusement, aucune amélioration clinique n'a été observée après plus de huit heures de traitement. Dans ce contexte, l'oxygénothérapie instaurée au moment de la complication nous est apparue comme une obstination déraisonnable. C'est pourquoi son arrêt a été décidé après application de la procédure collégiale prescrite par la loi sur les droits de malade et la fin de vie de 2005. Ce travail discute non seulement du contexte légal mais aussi et surtout des questions éthiques soulevées par une telle décision.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dominique.grouille@chu-limoges.fr (D. Grouille).

<sup>1</sup> Praticiens hospitaliers.

<sup>2</sup> Chef de Service.

**KEYWORDS**

Palliative care;  
Agony;  
Respiratory distress  
syndrome;  
Oxygen therapy

**Summary** A patient in an advanced stage of a pleural mesothelioma limited to palliative treatment suddenly developed an acute pulmonary oedema due to aspiration of gastric content. Standard course of treatment was performed while deep sedation was prescribed in order to relieve pain and discomfort from this respiratory distress syndrome. Unfortunately, no improvement was noticed after eight hours of treatment. In this context, treatment by oxygen administration appeared as an unreasonable therapeutic obstinacy. It was then stopped after a collegial decision was made. This work is about the French legal framework (2005 Law of patient's rights at the end of life) as well as about the ethical issues in such a clinical situation. © 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

De nombreux malades en phase palliative terminale bénéficient d'oxygénothérapie. L'objectif de cette administration est, en général, de traiter l'hypoxie liée à la maladie initiale ou à ses conséquences.

Cependant, lorsqu'un malade est victime d'une agonie prolongée accompagnée de détresse respiratoire, la poursuite de l'apport d'oxygène ne peut-elle pas être considérée comme une obstination déraisonnable? À l'opposé, son arrêt ne constitue-t-il pas une euthanasie déguisée?

Une observation récente illustre cette problématique.

## Observation

Mr F. âgé de 71 ans souffrait d'un mésothéliome pleural droit. La maladie évoluait au niveau régional avec un envahissement, costal, pulmonaire et médiastinal. Les chimiothérapies, impuissantes à stabiliser les lésions, ont été abandonnées et une dysphonie associée à une légère dysphagie par compression récurrentielle a été constatée.

À j0, Mr F. a été hospitalisé en unité de soins palliatifs pour traitement de douleurs thoraciques rebelles au traitement antalgique multimodal.

Il a été décidé de tenter une analgésie locorégionale par voie intrarachidienne à j+6. Son efficacité a été nette puisque le malade fut soulagé durant 31 heures. La mise en place d'un cathéter sous arachnoïdien d'analgésie continue a été programmée, au bloc opératoire, à j+8.

Malheureusement, l'état de Mr F. s'est aggravé brutalement en raison d'une pyélonéphrite aiguë et l'intervention a été ajournée. Un traitement antibiotique fut alors institué.

À j+11, la nuit, pour une raison inconnue, le patient a vomit et inhalé massivement. Un traitement symptomatique a été aussitôt débuté par l'IDE en application des prescriptions anticipées personnalisées inscrites dans le dossier de soins. Comme l'oxymétrie de pouls ( $SpO_2$ ) était effondrée à 68 %, une oxygénothérapie à 6 l/min (lunettes) a été mise en place dans le même temps.

À son arrivée le médecin d'astreinte a observé un œdème pulmonaire lésionnel majeur chez un malade crispé et agité. La  $SpO_2$  montrait toujours une hypoxie à 83 % sous Oxygène ( $O_2$ ). À noter que le malade ne recevait pas d' $O_2$  avant l'épisode aigu ( $SpO_2$  95 % la veille sans  $O_2$ ).

Une amélioration temporaire a été cependant constatée une heure plus tard, après un traitement associant, au total, furosémide : 165 mg intraveineux (IV), méthylprednisolone : 160 mg IV et scopolamine : 1 ampoule IV, à une sédation par

midazolam 6 mg en titration IV puis 3 mg/h IV au pousse seringue électrique (PSE). L'encombrement a régressé et Mr F. était paisible : score de sédation Rudkin 4 (cf. annexe). La  $SpO_2$  s'élevait alors à 85 %.

L'épouse, le fils et les deux filles entourent le patient. Ils ont été informés de la gravité de la situation et leur demande se résumait à ce leur proche s'éteigne sans souffrance.

Malheureusement, la fonction respiratoire s'est dégradée à nouveau malgré la scopolamine 4 ampoules/24 h IV PSE : encombrement bronchopulmonaire massif avec tirage important et visage crispé.

Le traitement médicamenteux a été alors renforcé : réinjection de Furosémide : 125 mg IV et le débit de midazolam a été augmenté à 5 mg/h IV PSE.

Le lendemain matin, la situation était inchangée sur le plan respiratoire bien que la  $SpO_2$  soit à ce moment à 91 %. Mr F. présentait à nouveau un visage paisible (score de sédation Rudkin 5).

Pour autant, il était traité pour dyspnée majeure sans amélioration clinique après huit heures d'évolution. La famille, épuisée et en grande souffrance morale, a demandé « que ça s'arrête ». Il lui est expliqué qu'aucun signe de souffrance évident n'était observé, notamment lors des aspirations, et, par conséquent, qu'une nouvelle augmentation des débits de sédation ne serait pas licite. En revanche, se posait le problème de l'oxygénothérapie maintenue à 6 l/min. Après entretien avec l'équipe soignante puis avec la famille, la décision d'arrêt progressif des apports d'oxygène est prise, après mise en œuvre de la procédure collégiale conformément à la loi sur les droits des malades et la fin de vie (Loi dite Léonetti). Cette décision, totalement consensuelle, a été aussitôt tracée dans le dossier et appliquée à 11 h. L'oxygénothérapie fut totalement stoppée à 11 h 45 et Mr F. s'est éteint à midi.

## Discussion

Cette observation pose, selon nous, deux problèmes. D'abord celui de la sensation de dyspnée éprouvée par le malade en détresse respiratoire qui est en relation avec les perturbations de la ventilation. Ensuite, celui de l'hypoxie qui est liée à la baisse de la concentration du sang en  $O_2$  (évaluée par la  $SpO_2$ ).

A priori, on pourrait penser que dyspnée et hypoxie sont toujours associées et pourtant, chez des patients conscients,

l'expérience clinique montre qu'un patient hypoxique n'est pas toujours dyspnéique et qu'un patient dyspnéique n'est pas forcément hypoxique.

De plus, une étude randomisée en double aveugle récente montre que l'administration d'O<sub>2</sub> à l'aide de lunettes ne procure pas de bénéfice aux malades en soins palliatifs souffrant de dyspnée réfractaire, comparée à l'apport d'air selon les mêmes modalités [1].

L'oxygénothérapie est elle-même source d'inconfort, comme l'assèchement des muqueuses.

Cependant, l'O<sub>2</sub> a, dans l'esprit des malades, des familles et aussi des équipes, une haute valeur symbolique car la vie est en permanence maintenue par la respiration [2].

De plus, l'O<sub>2</sub> peut prolonger la vie d'un malade en détresse respiratoire en réduisant l'hypoxie.

Dans ce cas clinique, la poursuite de l'oxygénothérapie nous est apparue comme une obstination déraisonnable maintenant artificiellement la vie. La discussion sur l'arrêt de cette thérapeutique nous a donc semblé licite. En effet, l'article L. 1110-5, deuxième alinéa, du code de la santé publique indique que : « Les actes de prévention, d'investigation ou de soins (...) 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. » [3].

La procédure collégiale recommandée par la Loi sur les droits des malades et la fin de vie [4,5], a été mise en œuvre afin de formaliser la décision d'arrêt d'un traitement maintenant artificiellement la vie et considéré comme obstination déraisonnable, alors que le malade est en incapacité d'exprimer un avis.

Outre l'aspect légal, cette procédure a permis d'obtenir un consensus, au niveau de l'équipe soignante et de la famille, concernant une décision inhabituelle et difficile : l'arrêt de l'O<sub>2</sub> chez un patient en détresse respiratoire terminale.

Si la décision paraît conforme à la loi, qu'en est-il sur le plan éthique ? Ne s'agit-il pas d'une euthanasie déguisée ?

Étymologiquement euthanasie signifie « bonne mort ». Mais ce mot n'existe pas dans la législation française. Le code pénal envisage seulement « l'homicide », le « meurtre » et « l'empoisonnement » [6]. Ces charges pourront être retenues, devant une Cour d'assise, contre celui qui pratiquerait une euthanasie. Le code de déontologie médicale, dans son article 38-2, précise : « Le médecin (...) n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort » [7]. L'euthanasie pourrait être l'injection d'une substance mortelle comme, par exemple, du chlorure de potassium ou un curare. Ce pourrait être aussi l'administration de morphine ou de midazolam à des doses excessives par rapport aux symptômes à traiter. Dans ces cas on pourrait parler d'euthanasie « déguisée ». En effet, l'intention de provoquer la mort pourrait se cacher derrière l'utilisation de thérapeutiques courantes en soins palliatifs. C'est pourquoi, des recommandations de bonne pratique de la sédation ont été récemment édictées [8].

Dans la situation présentée, la sédation n'a pas été augmentée car le malade n'était pas réactif aux stimulations comme l'aspiration buccopharyngée. Mais, si la fin de l'agonie, c'est-à-dire la mort, est bien la conséquence de l'arrêt de l'O<sub>2</sub>, celle-ci était incontestablement inéluctable. En revanche, avec le maintien de l'O<sub>2</sub>, elle aurait pu surve-

nir plusieurs heures plus tard. La souffrance de la famille en aurait été accrue. Celle du malade, impossible à évaluer, aurait pu l'être aussi. Donc nulle euthanasie déguisée ne se dissimule derrière cet acte.

## Conclusion

Dans l'observation exposée, un patient suivi pour un mésothéliome pleural très évolué et en abstention thérapeutique était victime d'un œdème pulmonaire lésionnel provoqué par l'inhalation de liquide digestif. Des thérapeutiques curatives étaient alors appliquées. Parallèlement, une sédation profonde était prescrite pour réduire la souffrance liée à la détresse respiratoire. Malheureusement, aucune amélioration clinique n'était observée après plus de huit heures de traitement.

Dans ce contexte, l'oxygénothérapie nous est apparue comme une obstination déraisonnable, c'est pourquoi son arrêt a été décidé après application de la procédure collégiale prescrite par la loi.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Annexe. Échelle de sédation de Rudkin

Rudkin sedation scale.

Score État du patient

1	Éveillé, orienté
2	Somnolent
3	Yeux fermés, répondant à l'appel
4	Yeux fermés, répondant à une stimulation tactile légère*
5	Yeux fermés, ne répondant pas à une stimulation tactile légère*

\*Pincement ferme, mais non douloureux, du lobe de l'oreille.

## Références

- [1] Abernethy A, McDonald C, Frith P, Clark K, Herndon JE, Marcello J, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2010;376: 784–93.
- [2] Puybasset L, Devalois B. Analyse de la nouvelle rédaction de l'article 37 du Code de déontologie médicale sur « l'obstination déraisonnable ». *Vigilance. Rev Soc Fr Anest Reanim*;2010: 8-11.
- [3] Morel V, Brinchault G, Cheruel S, Delaval P, Richard M-S. L'oxygénothérapie : une prescription singulière chez les patients en fin de vie. *Réflexion d'une équipe soignante d'un service de pneumologie. Médecine palliative* 2004;3: 34–9.
- [4] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. *Journal Officiel de la Répu-*

- blique Française n° 95.(23 avril 2005, rectificatif 20 mai 2005).
- [5] Décret n° 2010-107 du 29 janvier 2010 relatif aux conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement. Journal Officiel de la République Française n° 0025.(30 janvier 2010).
- [6] Collectif Dalloz. Code pénal, 108<sup>e</sup> édition. Paris: Dalloz; 2010.
- [7] Conseil national de l'ordre des médecins (site internet). Paris : Code de déontologie médicale. Consultable sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/> (accès le 10/12/1010).
- [8] Blanchet V, Viillard M-L, Aubry R. Sédation en médecine palliative: recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. Médecine palliative 2010;9: 59–70.