

Réévaluation de l'indication d'une Gastrostomie Percutanée Endoscopique (GPE) chez le patient âgé en fin de vie, Décision de maintien, de retrait ou de repose

Les équipes gériatriques sont amenées à prendre en charge des patients porteurs de GPE pour lesquels il est difficile de repérer exactement le contexte initial ayant conduit à introduire une alimentation artificielle. Dans d'autres cas c'est la modification d'une situation chronicisée qui amènera à réfléchir sur la poursuite ou non de ce type d'alimentation. Cette fiche est une aide à la réflexion en équipe pour la prise de décision médicale devant un patient déjà porteur de GPE.

I – Les différents contextes de questionnement

a) La GPE pose un problème technique ou de tolérance

b) La situation du malade s'est modifiée.

c) La GPE doit être changée (problème technique ou changement à titre systématique)

Les GPE remplacées par voie externe (kit de remplacement) doivent être changées tous les 4 à 6 mois (la durée de vie du ballonnet est limitée).¹

d) la GPE vient d'être arrachée

En l'absence d'évaluation et de décision anticipée, une GPE qui « saute » doit être rapidement remplacée par une sonde urinaire (de diamètre 16) pour éviter la fermeture de l'orifice qui peut se faire très rapidement (quelques heures à 48 h)². Cette sonde peut être utilisée pour alimenter le malade. La remise en question de l'indication ne devant pas être prise dans l'urgence sans concertation sauf en cas de refus explicite du patient.

II- Procédure pour prise de décision de maintien, de retrait ou de repose de la GPE

Cette procédure comprend plusieurs étapes : voir schéma de modélisation en p 4

- recueil d'informations sur le contexte initial de pose,
- recueil d'informations concernant la situation actuelle,
- entretien avec le patient, recueil de ses attentes et analyse de son comportement,
- concertation pluridisciplinaire en équipe, analyse des informations recueillies, prises d'avis « extérieur » fortement recommandé (loi Léonetti),
- rencontre et information de l'entourage (personne de confiance, tuteur, famille, proches) régulièrement tout au long du processus décisionnel,
- notification de la décision et de son argumentaire dans le dossier médical du patient.

III- Recueil d'informations concernant le contexte initial de pose

L'indication de la pose est à rechercher de façon la plus précise possible dans le dossier du patient dès le début de la prise en charge.

a) Quelle était la situation médicale initiale ayant fait poser la GPE ?

- Connue, documentée et justifiée.
- Connue, documentée mais pas justifiée au regard des données actuelles des connaissances.
- Non connue ou non clairement documentée.

Situations gériatriques conduisant habituellement à proposer une alimentation artificielle par GPE

- Anorexie sévère secondaire à une maladie aiguë curable.
- Dénutrition exogène, endogène.
- Obstacle ORL ou oesophagien altérant les possibilités de déglutition ou d'alimentation (cancer ORL, Œsophage).
- AVC récent avec troubles de déglutition sévères (voir fiche « troubles de la déglutition »).
- Maladie neuro-dégénérative non évoluée.
- Situation à risque : troubles de déglutition, fausses routes.

Il existe peu d'études effectuées au sein de la population très âgée pour apprécier l'intérêt réel de la pose d'une GPE en terme de pronostic vital et /ou de qualité de vie^{3 4 5}. De ce fait, certaines indications qui peuvent paraître justifiées ne sont pas toujours validées ni évaluées.

Pour ce qui est de la maladie d'Alzheimer, il a été montré que les patients ne tiraient pas de bénéfice d'une GPE lorsqu'ils sont à un stade avancé de la maladie⁶.

b) Quels étaient les objectifs de la pose d'une GPE ?

- Passer un cap, éviter la « spirale de la dénutrition » (AVC, dépression, post opératoire, infection sévère).
- Favoriser une reprise rapide d'autonomie dans le cadre d'une rééducation chez un patient dénutri.
- Diminuer la morbi-mortalité infectieuse en améliorant le statut nutritionnel.
- Favoriser la cicatrisation des plaies (escarres ou autres plaies...).
- Permettre à un patient de vivre en s'adaptant à un mode d'assistance nutritionnelle (cancer ORL, SLA, ...).
- Prévenir les infections broncho-pulmonaires sur troubles de déglutition.
- Autres.

On ne devrait proposer une pose de GPE que si le pronostic vital du patient fait penser qu'il va bénéficier d'une nutrition entérale pendant au moins 30 jours⁷.

Rappel : Les marqueurs biologiques (albumine, pré albumine) sont des critères de suivi et non des objectifs.

c) Les objectifs initiaux étaient ils réalistes ?

Exemple d'objectifs ou de situations **non pertinents** :

- Améliorer le statut nutritionnel du patient dans le cas d'une dénutrition ancienne et sévère,
- guérir des plaies (escarres) alors que le statut nutritionnel n'est pas seul en cause (troubles vasculaires...),
- patient ayant un antécédent récent de pneumopathie d'inhalation. (pronostic péjoratif)⁸,
- penser qu'il s'agit de la seule voie d'administration possible d'un traitement essentiel pour le confort du patient (*antiparkinsonien par exemple*). Arguments réels ou représentation médicales ?

d) Les objectifs ont-ils été clairement énoncés au patient, à la famille, à l'équipe lors de la prise de décision initiale chez ce patient ? Quel a été le contexte initial d'information et de consentement ?

« Rappelons l'importance d'une analyse exhaustive de la situation lors d'une pose de GPE chez une personne âgée, et surtout l'existence d'un vrai contrat d'objectifs clairement formulés »⁹ (Monique Ferry).

Le patient :

Était-il demandeur ?

A-t-il participé à la décision ?

Quel niveau d'information lui a été donné? :

- information sur la technique ? information sur les complications éventuelles ?
- information sur les objectifs attendus en termes de bénéfices/risques (confort, « guérison », espérance de vie...)
- pas d'information ?

L'entourage :

La famille, la personne de confiance ou le référent, était-il demandeur de la pose ?

Quel niveau d'information a été donné à la famille ? (bénéfices attendus- complications éventuelles ?)

Existe-t-il une traçabilité de l'information donnée et du consentement dans le dossier patient ?

IV- Recueil d'informations concernant la situation médicale actuelle :

a) La situation médicale du patient s'est-elle modifiée ?

- Evolution de la pathologie ayant motivé la nutrition entérale ?
- Survenue d'un problème médical intercurrent ? (AVC, artérite ?..).
- Apparition d'une « autre » maladie qui modifie le pronostic vital ? (maladie cancéreuse...).
- Altération de l'état général dans le cadre d'une polyopathie ou défaillances en cascade ?
- Phase terminale d'une maladie neuro-dégénérative ?⁶
- Syndrome inflammatoire non contrôlé ?
- Autres.

b) La GPE entraîne-t-elle des complications ou des contraintes ?

- Peuvent-elles être améliorées ?
- Nuisent-elles à la qualité de vie du patient ?

Exemples de complications locales :

- suintements, eczéma pourtour de l'orifice, plaie, hyperbourgeonnement, abcès de paroi,
- douleur.

Exemples de complications générales :

- reflux gastro oesophagien, encombrement bronchique,
- infections respiratoires à répétition,
- troubles du transit.

Autres effets secondaires possibles :

- mise en place d'une contention (éventuellement masquée : réalisée mais non prescrite), - inconfort de la position adéquate nécessaire pour le passage de l'alimentation entérale,
- désinvestissement autour de l'alimentation orale par l'équipe de soin, perte du plaisir gustatif.

c) Les objectifs initiaux ont – ils été atteints ? Totalement ? Partiellement ? Pas du tout ?

Exemple : les fausses routes et/ou les infections broncho-pulmonaires persistent, la dénutrition progresse...

d) Les objectifs définis initialement ont-ils encore une chance d'être atteints ?

- Dans la situation actuelle du patient, la réflexion conduirait elle à poser une GPE s'il n'en avait déjà une ? Ou bien
- L'alimentation artificielle apparaît-elle comme un traitement inadapté, disproportionné ou inutile ?¹⁰

e) Quel est le discours et le comportement du patient ?¹¹

- Le patient est-il communicant ? a-t-on testé tous les moyens de communication (ex : ardoise pour aphasique ou sourd), ses réponses sont-elles adaptées, fiables ?
- Le patient est-il déclaré apte au consentement ou non apte ?
- Le patient est-il totalement passif, soumis ? Existe-t-il un refus de soins ?
- Y a-t-il une mauvaise acceptation de la GPE (arrachages itératifs, comportement dépressif, arrêt de toute alimentation orale ...).
- Existe-t-il une souffrance physique ou psychologique d'une autre origine ? (douleur, dépendance, non prise en compte des désirs du patient, handicaps sensoriels, institutionnalisation...).
- La nutrition orale reste-t-elle possible ? ou s'agit-il d'une alimentation artificielle exclusive ?
- Exprime-t-il une sensation de faim et /ou de soif ?

f) Qu'en dit l'entourage ? Quel est son vécu par rapport à l'état de santé du patient et par rapport à l'alimentation ?

- Une alternative de prise en charge palliative en l'absence de GPE a-t-elle été expliquée à l'entourage de même qu'au patient ? (Loi Léonetti.) (Intérêt d'une équipe mobile de soins palliatifs.)

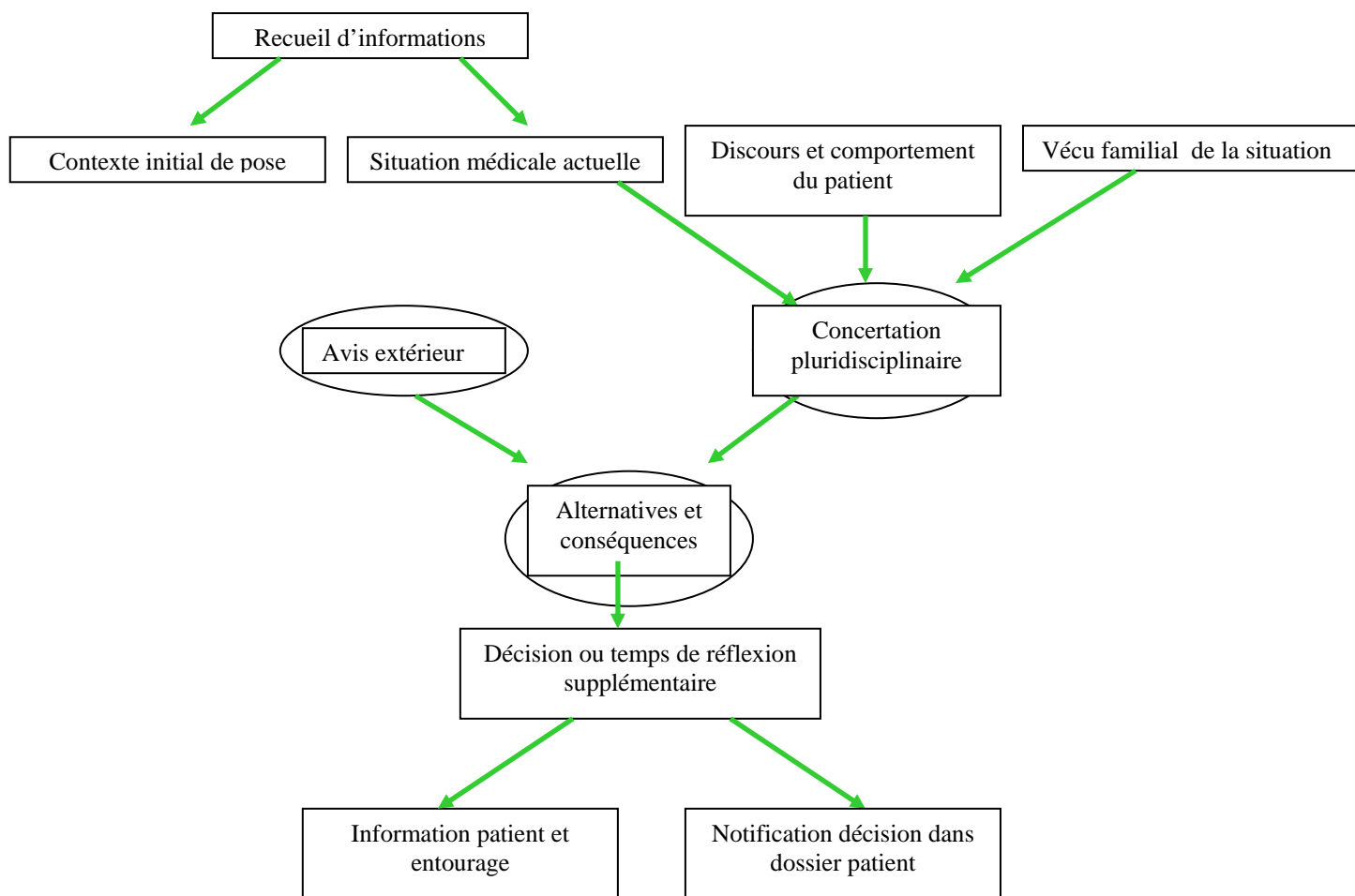
f) Autres questions à se poser si la GPE est enlevée :

- Une reprise même partielle de l'alimentation est-elle possible ?
- Des soins palliatifs de qualité suite à l'ablation de la GPE peuvent-ils être dispensés dans le lieu de vie habituel ?
- Est-il possible de développer des stratégies palliatives en équipe ?

Annexe : Grille de questionnement éthique Renée Sebag Lanoe « soigner le grand âge » Ed Desclée de Brouwer. Paris 1992

- Quelle est la maladie principale de ce patient ?
- Quel est son degré d'évolution ?
- Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?
- Est-il facilement curable ou non ?
- Y a-t-il eu répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes diverses ?
- Que dit le malade s'il peut le faire ?
- Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?
- Quelle est la qualité de son confort actuel ?
- Qu'en pense la famille ? (Tenir compte de...)
- Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?

Modélisation de la démarche de réévaluation de l'indication de GPE



Bibliographie :

- ¹ La gastrostomie percutanée endoscopique. V. Abitbol La lettre de l'hépatogastroentérologue -n°3 -vol V -mai juin 2002
- ² Soins et surveillance des abords digestifs pour l'alimentation entérale chez l'adulte en hospitalisation et à domicile. Recommandations professionnelles pour les pratiques de soins ANAES Mai 2000
- ³ Facteurs pronostiques de la survie à court et long terme après pose d'une gastrostomie percutanée endoscopique chez les malades âgés hospitalisés. Elena Paillaud et coll. Gastroentérologie clinique et biologique VOL 26-N°5- Mai 2002 p 443-447
- ⁴ Résultats de la gastrostomie percutanée endoscopique chez le sujet âgé. Vered Abitbol et coll : Gastroentérologie clinique et biologique VOL 26-N°5- Mai 2002 p 448-453.
- ⁵ Poser une gastrostomie percutanée endoscopique chez un sujet âgé : une décision parfois difficile. Xavier Hébuterne et coll : Gastroentérologie clinique et biologique VOL 26-N°5- Mai 2002 p 439-442.
- ⁶ Tube Feeding in Patients With Advanced Dementia. A Review of the Evidence. Thomas E. Finucane; Colleen Christmas; Cathy Travis. JAMA.1999;282:1365-1370.
- ⁷ American Gastroenterological Association technical review on tube feeding for enteral nutrition: Kirby DF et coll. Gastroenterology 1995; 108:1282-301
- ⁸ Existe-t-il des facteurs pronostiques qui prédisent le devenir d'un malade âgé après la pose d'une GPE ? Abitbol V, Gaudric M. Nutr Clin Metabol 2000 ; 14 :126-8
- ⁹ Nutrition de la personne âgée (aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux) Monique Fery. Ed : Berger-Levrault (1996)
- ¹⁰ La nutrition artificielle en fin de vie : nécessité d'une approche éthique individualisée. Cécile R Daoût ; Médecine Palliative 2005 ; 4 :2999-308.
- ¹¹ Grille de questionnement éthique de Renée Sebag-Lanöé. Soigner le grand âge. R Sebag-lanöé. Editions Desclée de Brouwer. Paris 1992. Jointe en annexe.