

Anticoagulothérapie en soins palliatifs : Indications, l'arrêt du traitement et écueils éthiques.

Julie Goudreau, résidente en radio-oncologie, Université Laval, Québec.
Danielle Blondeau, professeure et chercheure, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec.
Louis Roy, médecin, CSSS de Québec-Nord et CHA-Hôpital de l'Enfant-Jésus, Québec.



Objectifs de la séance

Au terme de cette séance, le participant pourra :

- Connaître les indications de l'anticoagulothérapie en soins palliatifs;
- Connaître les avantages et risques associés à l'anticoagulothérapie;
- Repérer les enjeux éthiques associés à ce traitement;
- Élaborer un argumentaire d'ordre clinique et éthique pour justifier l'initiation, la poursuite ou l'arrêt de l'anticoagulothérapie en situation de soins palliatifs.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Plan de présentation

Introduction	Louis Roy
Indications de l'anticoagulothérapie chez le patient cancéreux en soins palliatifs.	Julie Goudeault
L'ampleur de la situation	Louis Roy
Risques reliés à l'anticoagulation	Julie Goudeault
Comment juger des risques et avantages d'un point de vue éthique	Danielle Blondeau
Multiples impacts de l'anticoagulation	Louis Roy
Un enjeu éthique central	Danielle Blondeau
Conclusion	Louis Roy

© Goudreau, Blondeau & Roy

Anticoagulation et soins palliatifs

- Lors d'études post-mortem :
 - 15 à 50% des patients décédés de cancer présentaient une évidence de thrombose veineuse.
- Qu'en est-il de l'anticoagulothérapie en soins palliatifs?
 - Doit-on la cesser? La débiter?
 - Quels en sont les impacts, risques et coûts?

© Goudreau, Blondeau & Roy

Quelques rappels

- **Primum est non nocere.**
 - D'abord, ne pas nuire.
- Extrait de la définition de l'OMS sur les soins palliatifs :

*Les soins palliatifs soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, **ne hâtent ni ne retardent la mort**, atténuent la douleur et les autres symptômes ...*

© Goudreau, Blondeau & Roy

Madame TVP

- Dame de 64 ans.
- Cancer de l'ovaire depuis 2 ans.
- Chirurgie et chimiothérapies :
 - Traitements cessés en raison de la progression de la maladie;
 - Métastases hépatiques et implants péritonéaux.
- Hospitalisée il y a 10 jours :
 - Sub-occlusion traitée médicalement;
 - Retour à domicile prévu demain.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Madame TVP

- Actuellement :
 - Sub-occlusion levée;
 - S'alimente d'une façon satisfaisante;
 - Circule au couloir et fait elle-même ses AVQ;
 - Douleurs soulagées, elle prend 1 à 2 entredoses par jour, mais pas tous les jours.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Madame TVP

- Médication actuelle :
 - Fentanyl-TD, 25 mcg/h, 1 timbre Q 3 jours;
 - Morphine 5 mg, 1 co. Q 1h prn;
 - Dexaméthasone 4 mg, 1 co. le matin;
 - Sandostatatin 100 U, s/c, TID;
 - Laxatifs;
 - Zopiclone 7.5 mg, 1 co. HS.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Madame TVP

- En fin d'après-midi, elle fait mention à l'infirmière qu'elle a de plus en plus de douleur dans sa jambe droite.
- L'infirmière constate qu'il y a :
 - Augmentation du MIG, en dessous du genou;
 - Chaleur localisée;
 - Douleur au toucher.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Madame TVP

- L'infirmière appelle le médecin pour lui faire mention de son constat.
- Quels choix le médecin a-t-il? (choisir la ou les bonnes réponses) :
 1. On ne fait rien, de toute façon elle est en soins palliatifs;
 2. Prescrire un bilan sanguin et un doppler du MIG;
 3. Revenir à l'hôpital pour examiner la patiente;
 4. Faire appeler le résident de garde.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Indications de l'anticoagulothérapie chez les patients cancéreux

*Julie Goudreau R-2
Radio-oncologie, Université Laval
Congrès de soins palliatifs, Québec
11 mai 2010*



Abréviations

- **TVP** : thrombose veineuse profonde
- **EP** : embolie pulmonaire
- **TEV** : thrombo-embolie veineuse
- **LMWH** : Low Molecular Weight Heparin
héparine de faible poids moléculaire
ex: dalteparin (fragmin)
- **UFH** : Unfractionated Heparin
héparine non fractionnée
- **VKA** : Vitamin K Antagonist
antagoniste de la vitamine K
ex: coumadin (warfarin)

© Goudreau, Blondeau & Roy

Thrombose et cancer

- Environ 25% des thrombo-embolies veineuses (TEV) sont associées au cancer.
- Lors d'un diagnostic de thrombo-embolie veineuse aiguë, 20% ont un cancer connu :
 - 85% ont une tumeur solide;
 - 67% sont métastatiques;
 - 80% sont sous traitement.
- Thrombo-embolie veineuse idiopathique : 10% auront un cancer dans les 12 mois suivants.
- Incidence de thrombo-embolie veineuse chez les patients avec cancer : 15%.

*Hérit arch Int Med 2000;160:809
Hérit arch Int Med 1999;159:445
Blom Jama 2005;293:715
Dettcher sem Thromb Hemost 2003;29:247*

© Goudreau, Blondeau & Roy

Thrombo-embolie veineuse et syndrome paranéoplasique

- Les patients cancéreux font plus de TEV dû à la sécrétion de pro-coagulants et l'activation de facteurs de coagulation tels que : facteur tissulaire, complexe thrombine antithrombine et facteur VIIa.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Pourquoi considérer l'anticoagulothérapie en soins palliatifs?

- « une grosse embolie pulmonaire est une bonne façon de mourir »...
- la littérature est plutôt défavorable quant à cette affirmation :

* Les mortalités liées aux EP sont rarement rapides et occasionnent souvent des symptômes tels que : dyspnée, anxiété et douleur.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Ambrus JL. J med 1975;6:61-4

Anticoagulothérapie

Études importantes dans le traitement des thrombo-embolies veineuses chez les patients cancéreux :

- CANTHANOX trial

Meyer et al, Arch Intern Med 2002, Aug 12-26;162(15):1729-35

- Clot trial

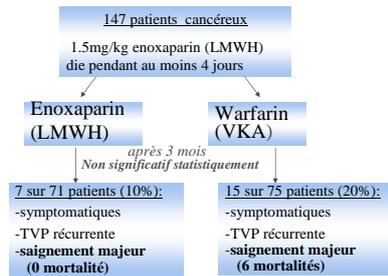
Lee et al, N Engl J Med 2003 Jul 10;349(2):146-53

© Goudreau, Blondeau & Roy

CANTHANOX trial

But : Comparer le traitement de TEV: warfarin (VKA) et enoxaparin (LMWH) durant 3 mois chez des patients ayant un cancer

Méthodologie et résultats :



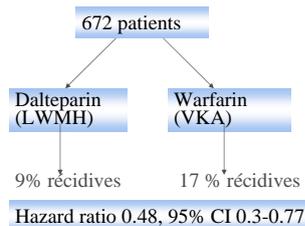
Conclusion : warfarin est associée à un plus grand risque de saignement chez les patients cancéreux et le traitement prolongé avec LMWH peut être aussi efficace et plus sécuritaire

© Goudreau, Blondeau & Roy

Clot Trial

But : Comparaison durant 6 mois avec dalteparin (LMWH) 200 unités/kg die 1 mois et 150 unités / kg die pendant 5 mois ou warfarin (VKA) (INR 2-3)

Méthodologie et résultats :



Conclusion : dalteparin (LMWH) est associée avec une réduction significative du taux de récidiive TEV à 6 mois
Dalteparin (LMWH) n'entraîne pas plus de saignements ou de décès que la warfarin (VKA)

© Goudreau, Blondeau & Roy

Avantages héparine de faible poids moléculaire

- Pas de monitoring de l'anti Xa ou des plaquettes dans la grande majorité des cas.
- Dose ajustée au poids.
- Rares interactions médicamenteuses.
- Arrêt-reprise facile si thrombopénie sévère.
- Efficacité démontrée lors d'échec au coumadin.
- L'efficacité est non influencée par l'état nutritionnel ou la diminution alimentation per os.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Lignes directrices ASCO 2007, NCCN 2008 et ACCP 2008

- Pour les patients avec néoplasie, une bonne qualité de vie et un bon pronostic : il est recommandé de faire un traitement initial avec LMWH (ex: dalteparin) plutôt que VKA (ex: warfarin) (grade 2A).
- Initialiser le traitement avec LMWH (ex dalteparin) pendant 3 à 6 mois :
 - *dalteparin (fragmin) 200IU/Kg s/c die pendant le premier mois, suivi 150 IU/Kg die par la suite.*

D'accord. Mais, après 6 mois, devons-nous poursuivre l'anticoagulothérapie?

© Goudreau, Blondeau & Roy

Lignes directrices ACCP 2008

Donc après 6 mois d'anticoagulothérapie?

- Puisque le risque de TVP est élevé chez les patients avec cancer actif, il est suggéré que le traitement avec LMWH(dalteparin) ou VKA (warfarin) soit continué indéfiniment ou jusqu'à rémission du cancer.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Soins palliatifs

- Les patients en soins palliatifs sont rarement inclus dans les études concernant TEV.
- Les extrapolations de lignes directrices : attention – prudence.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Soins palliatifs

Étude prospective en soins palliatifs

Méthodologie

203 patients
7 jours LMWH (dalteparin) dose thérapeutique suivi 10 000 ui (dose réduite) pour 3 mois

11 patients saignements majeurs (5.4%)
18 patients TVP récurrent (8.8%)
2 mortalités

Conclusion :

taux de complications pas plus élevé chez les patients métastatiques : foie et cerveau

© Goudreau, Blondeau & Roy

J Thromb Haemost 2004; 2:1311-5

La recommandation serait donc

- Si décision prise par l'équipe médicale, le patient et la famille est de débiter l'anticoagulothérapie, alors :
 - Un traitement d'héparine de faible poids moléculaire (ex fragmin) est une intervention acceptable en soins palliatifs.
 - Warfarin n'est pas recommandée dans le traitement de TVP chez les patients avec un cancer avancé.

© Goudreau, Blondeau & Roy

La recommandation ... suite

- Si le patient ne désire aucun traitement actif de son cancer, alors :
 - La thrombo-embolie veineuse est considérée comme syndrome paranéoplasique. Les TEV sont donc par extension une complication de son cancer, et il faut comprendre le refus de traitement du patient.

© Goudreau, Blondeau & Roy

L'ampleur de la situation

- Pensons cancer :
 - Le cancer est une maladie de plus en plus importante dans notre société, il est devenu la principale cause de décès dans les dernières années.
 - Voyons quelques chiffres :

© Goudreau, Blondeau & Roy

Incidence du cancer

- Nouveaux cas de cancer au Canada (2009)
 - Femmes : 81 700
 - Hommes : 89 300
 - Total : 171 000
- Décès par cancer au Canada (2009)
 - Femmes : 31 700
 - Hommes : 39 600
 - Total : 71 300
- Note : Le Québec représente environ 23% de la population canadienne

© Goudreau, Blondeau & Roy

L'étude FAMOUS

Low Molecular Weight Heparin, Therapy With Dalteparin, and Survival in Advanced Cancer: The Fragmin Advanced Malignancy Outcome Study (FAMOUS)

Ajay K. Kakkar, Mark N. Levine, Zbigniew Kudziola, Nicholas R. Lemoine, Vanessa Low, Herman K. Patel, Gordon Rustin, Michael Thomas, Mary Quigley, and Robin C.N. Williamson

- 385 patients avec un cancer avancé.
- Dalteparine ou placebo de façon préventive.
- Survie non modifiée significativement :

	Dalteparine	Placebo
12 mois	46%	41%
24 mois	27%	18%
36 mois	21%	12%

© Goudreau, Blondeau & Roy

L'étude FAMOUS (suite)

- Mais, un sous-groupe ayant un meilleur pronostic initial démontre une amélioration de la survie après 17 mois sous Dalteparine.

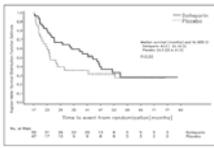


Fig 2. Kaplan-Meier survival curves for the subgroup of patients with a better prognosis who survived beyond 17 months after randomization.

Low Molecular Weight Heparin, Therapy With Dalteparin, and Survival in Advanced Cancer: The Fragmin Advanced Malignancy Outcome Study (FAMOUS)

Ajay K. Kakkar, Mark N. Levine, Zbigniew Kudziola, Nicholas R. Lemoine, Vanessa Low, Herman K. Patel, Gordon Rustin, Michael Thomas, Mary Quigley and Robin C.N. Williamson

© Goudreau, Blondeau & Roy

	Dalteparine	Placebo
2 ans	78%	55%
3 ans	60%	36%

Questions

- Tous les patients atteints de cancer devraient-ils avoir une prophylaxie anti-thrombotique?
- Ceux en soins palliatifs devraient-ils en bénéficier?
- Quel impact sur le système de santé?

© Goudreau, Blondeau & Roy

Madame TVP

- Après avoir été examinée par son médecin, celui-ci conclut qu'il y a une forte présomption de thrombo-phlébite profonde (TVP) au MIG.
- Madame n'est pas encline à retarder son départ pour la maison, mais elle espère de pouvoir passer un dernier bel été avec sa famille. Elle souhaite donc recevoir un traitement anticoagulant, mais veut en savoir un peu plus.

© Goudreault, Blondeau & Roy

Risques reliés à l'anticoagulothérapie chez les patients cancéreux

Julie Goudreault
R-2 Radio-oncologie, Université Laval
Congrès de soins palliatifs, Québec
11 mai 2010



Abréviations

- **CHEST** : journal officiel du Collège américain des médecins thoraciques
- **EP** : embolie pulmonaire
- **HIT** : Heparin Induced Thrombocytopenia thrombocytopenie induite par héparine
- **LMWH** : Low Molecular Weight Heparin
héparine de faible poids moléculaire
dalteparin (fragmin)
- **TEV** : thrombo-embolie veineuse
- **TVP** : thrombose veineuse profonde
- **UFH** : Unfractionated Heparin
héparine non fractionnée
- **VKA** : Vitamine K Antagonist
antagoniste de la vitamine K
ex: coumadin (warfarin)

© Goudreault, Blondeau & Roy

L'anticoagulothérapie

- Le traitement de patients cancéreux avec thrombo-embolie veineuse présente des défis importants puisqu'ils sont plus à risque de saignements et de thromboses récurrentes.
- Puisqu'en soins palliatifs, on passe d'un traitement curatif à un traitement de contrôle de symptômes, le médecin doit s'ajuster afin de donner le traitement approprié et individualisé pour le patient.

Hutten BA *J Oncol* 2000; 18:3078-83
Prandoni P. *Thromb Haemost* 1997;78 (suppl) 141-4

© Goudreau, Blondeau & Roy

Contre-indications absolues à l'anticoagulothérapie

- Hémorragie active.
- Thrombopénie sous $20\ 000 \times 10^9/L$.
- Coagulopathie sévère.
- Intervention neurochirurgicale dans les 10 derniers jours.
- Intervention oculaire dans les 10 derniers jours.
- Hémorragie intracrânienne dans les 10 derniers jours.

Bates Sm, et al. *N'England J Med* 2004; 351: 268-77

© Goudreau, Blondeau & Roy

Contre-indications relatives à l'anticoagulothérapie

- Thrombopénie au-dessus $20\ 000 \times 10^9/L$.
- Coagulopathie légère ou moyenne.
- **Métastases cérébrales.**
- Trauma majeur récent.
- Intervention chirurgicale à l'abdomen dans les 2 derniers jours.
- Saignement gastro-intestinal ou génito-urinaire dans les 14 derniers jours.
- Endocardite.
- Hypertension artérielle sévère : pression systolique plus de 200 mm Hg ou diastolique plus 120 mm Hg.

Bates Sm, et al. *N'England J Med* 2004; 351: 268-77

© Goudreau, Blondeau & Roy

Les métastases cérébrales sont une contre-indication relative à l'anticoagulothérapie

- L'anticoagulothérapie peut entraîner un saignement au niveau d'une tumeur cérébrale ou des métastases cérébrales et provoquer une détérioration neurologique.
- Que faire?

© Goudreau, Blondeau & Roy

Les métastases cérébrales sont une contre-indication relative à l'anticoagulothérapie

- Les métastases cérébrales de tumeurs ayant un risque élevé d'hémorragie sont :
 - Mélanome;
 - Choriocarcinome;
 - Carcinome de la thyroïde;
 - Carcinome rénal.
- Pour ces métastases cérébrales, il est recommandé de mettre un filtre à la veine cave inférieure plutôt que anticoaguler.

*Mandyburti, neurology 1977
Update anticoagulant in patient with brain metastases, janvier 2010*

© Goudreau, Blondeau & Roy

Les métastases cérébrales sont une contre-indication relative à l'anticoagulothérapie

- Pour les autres patients ayant un diagnostic de TEV avec métastases non associées à un risque de saignement (ex: métastases cérébrales d'un cancer du sein), il est recommandé d'utiliser fragmin.
- Plus de bénéfices à l'anticoagulothérapie que filtre veine cave inférieure.

Update anticoagulant in patient with brain metastases, janvier 2010

© Goudreau, Blondeau & Roy

HIT-thrombocytopénie induite par héparine – type II

- **Pathophysiologie :**
 - Anticorps reconnaissent le complexe héparine-platelet factor 4
- **Suspicion de HIT :**
 - Un diagnostic de HIT devrait être soupçonné lorsque 50% réduction dans les plaquettes ou des lésions nécrotiques cutanées aux sites d'injection et ayant reçu de l'héparine dans les 5 à 10 jours précédents
- **Diagnostic souvent clinique :**
 - Heparin-PFA4 anticorps (elisa)
- **Traitement :**
 - Arrêt héparine, remplacement par lepirudin, argatropan

© Goudeault, Blondeau & Roy

Selon le CHEST

Les patients sont divisés en 3 catégories de risques de faire un HIT après une anticoagulothérapie :

1. **Probabilité élevée :**
 - Patients dont la probabilité de faire un HIT est estimée à plus de 1% :
 - *Il est recommandé de monitorer les plaquettes (grade 1-C).*
2. **Probabilité intermédiaire :**
 - Patients dont la probabilité de faire un HIT est estimée entre 0.1 et moins de 1% :
 - *Il est également recommandé de monitorer les plaquettes (grade 2-c).*
3. **Probabilité faible :**
 - Patients dont la probabilité de faire un HIT est moins de 0.1% :
 - *Il est suggéré de ne pas faire de monitoring de plaquettes (grade 2-c).*

© Goudeault, Blondeau & Roy

Hirsh Jack Chest 2008; 133:71-109

Selon le CHEST

Section 1.16 :

« For **medical/obstetrical patients who are receiving only low molecular weight heparin**, or medical patients who are receiving only intravascular catheter unfractionated flushes (HIT risk less 0.1%), we suggest clinicians do not use routine platelet count monitoring ».

© Goudeault, Blondeau & Roy

Hirsh Jack Chest 2008; 133:71-109

LMWH et faible risque HIT

Donc :

Pour les raisons énumérées à la partie 1 de cette présentation, le LMWH (dalteparin) est le traitement de choix d'anticoagulation chez un patient ayant le cancer et qui fait un événement de thrombo-embolie veineuse. De plus, tel que démontré ci-haut, le fragmin ne nécessite pas de monitoring de plaquettes puisqu'il est associé à un faible risque (moins de 0.1%) de HIT.

© Goudreau, Blondeau & Roy

UFH et probabilité élevée HIT

- UFH est associé avec un risque de 2.6% de faire un HIT :
 - **Donc un monitoring des plaquettes doit être fait entre les jours 5 et 14 après le début de l'anticoagulothérapie.**
- Voici un autre élément de taille qui favorise LMWH (dalteparin) comme choix dans le traitement TEV.

Martel N et al. Blood 2005; 106:2710

© Goudreau, Blondeau & Roy

La recommandation serait donc

- Si décision prise par l'équipe médicale, le patient et la famille, est de débuter l'anticoagulothérapie, alors :
 - Un traitement d'héparine de faible poids moléculaire (ex fragmin) est une intervention acceptable en soins palliatifs.
 - VKA(Warfarin) pas recommandé dans le traitement de TVP chez les patients avec un cancer avancé.
 - UFH pas recommandé car associé à plus de chances de HIT.

© Goudreau, Blondeau & Roy

La recommandation ... suite

- Si le patient ne désire aucun traitement actif de son cancer, alors :
 - La thrombo-embolie veineuse est considérée comme syndrome paranéoplasique.
 - Les TEV sont par extension une complication de son cancer, et il faut comprendre le refus de traitement du patient.

© Goudreau, Blondeau & Roy

L'avis de l'éthique

Danielle Blondeau, inf., Ph. D.

Professeure titulaire et chercheure
Faculté des sciences infirmières
Université Laval, Québec

© Goudreau, Blondeau & Roy

Comment juger des risques et des avantages du point de vue éthique?

Traiter ou ne pas traiter

En vertu du principe du respect de l'autonomie, cette décision devrait appartenir au patient.

Capacité de se gouverner soi-même et de faire des choix en fonction de ses valeurs.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Le principe de bienfaisance

- Agir dans le meilleur intérêt.
- Produire des bénéfices.
- Le bénéfice recherché surpasse les préjudices.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Principe de bienfaisance et anticoagulothérapie

- Le bénéfice recherché :
 - Prévention et traitement de thrombose veineuse profonde.
- Le préjudice :
 - Saignement et hémorragie.

© Goudreau, Blondeau & Roy

La règle de proportionnalité

Version plus moderne du principe de bienfaisance et de la loi du double effet.

Considère l'utilité ou l'efficacité du traitement sur le plan thérapeutique.

Tient compte de la proportionnalité entre les préjudices et les bienfaits

© Goudreau, Blondeau & Roy

Choix des professionnels : Ne pas traiter

Jugement de valeur sur la vie du patient.

«Une grosse embolie pulmonaire est une bonne façon de mourir».

«De toute façon, le malade est en soins palliatifs...»

© Goudreau, Blondeau & Roy

Choix de la personne

Reflète de l'autonomie.

Refus de traitement.

© Goudreau, Blondeau & Roy

L'anticoagulothérapie s'accompagne-t-elle d'un fardeau?

- Quels impacts l'anticoagulothérapie influence-t-elle sur :
 - le patient;
 - la famille, les proches;
 - les services de soins?

© Goudreau, Blondeau & Roy

L'anticoagulothérapie s'accompagne-t-elle d'un fardeau?

- Administration du médicament :
 - **Warfarine** :
 - Prise per os;
 - Facile à gérer au quotidien;
 - L'oublie de doses rend le suivi plus complexe.
 - **Dalteparine** :
 - Injections quotidiennes par :
 - » Le patient;
 - » Un proche;
 - » Infirmière à domicile.
 - Noble (2005), Palliative Medicine :
 - » L'injection était un fardeau acceptable pour les patients.

© Goudreau, Blondeau & Roy

L'anticoagulothérapie s'accompagne-t-elle d'un fardeau?

- Surveillance sanguine :
 - **Warfarine** :
 - Efficacité sérique variable et fluctuante :
 - » Alimentation à surveiller;
 - » Ponctions sanguines fréquentes (s'ajoute au coût).
 - **Dalteparine** :
 - Peu de surveillance nécessaire.

© Goudreau, Blondeau & Roy

L'anticoagulothérapie s'accompagne-t-elle d'un fardeau?

- Risques :
 - **Warfarine** :
 - Risques non négligeables de saignements;
 - Médicament le plus souvent en cause pour des visites à l'urgence en lien avec l'effet secondaire d'un médicament.
 - **Dalteparine** :
 - Complication sanguine possible et à surveiller.

© Goudreau, Blondeau & Roy

L'anticoagulothérapie s'accompagne-t-elle d'un fardeau?

- Coût :
 - 1 mois de traitement (patient de \pm 60 Kg) :

Warfarine	12\$/mois
Dalteparine	792\$/mois Si RAMQ : 714\$/mois

- Médicaments assurés :
 - Coût au patient : maximum 75\$/mois

© Goudreau, Blondeau & Roy

Madame TVP

- Après avoir examiné avec son médecin l'ensemble de la situation et face aux résultats d'examen concluants qu'il y a bel et bien une thrombose veineuse profonde, madame opte pour :
 - **Le traitement avec la Dalteparine.**

© Goudreau, Blondeau & Roy

Madame TVP (3 mois plus tard)

- La patiente a profité de ce temps avec sa famille, elle est maintenant beaucoup faible et le maintien à domicile devient difficile.
- Elle souhaite aller dans un centre de soins palliatifs, mais veut retarder le plus longtemps possible ce moment car elle ne veut pas cesser l'anticoagulation.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Un enjeu éthique central : La justice sociale

- Régit les rapports des citoyens vivant dans une communauté.
- Principe d'équité :
 - À chacun son dû;
 - Égaux en droits et dignité.
- Principe d'équité :
 - Corriger les «injustices» dues à des insuffisances naturelles;
 - Concerne la distribution de ressources limitées.

© Goudreau, Blondeau & Roy

La Médication

Médication	Warfarin (coumadin)	Dalteparine (Fragmin)
Proportionnalité		
Bienfaits/efficacité	Facile à gérer Peu coûteux	Plus efficace Plus stable Peu de surveillance
Préjudices	Efficacité sérique variable Ponctions sanguines ++ Risques de saignements	Coût Injections Complications sanguines possibles

© Goudreau, Blondeau & Roy

Dimension économique

- La Dalteparine :
 - **Le meilleur médicament et le plus coûteux.**
- MAIS :
 - **Warfarine et ponctions veineuses++ :**
 - Ressources à domicile;
 - Frais de laboratoire.
 - **Dalteparine :**
 - Injection par une infirmière;
 - Très coûteux.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Discussion éthique

- Le choix de madame TVP :
 - **Traitement avec la Dalteparine :**
 - Outre l'injection quotidienne, les avantages sont supérieurs qu'avec la Warfarine (proportionnalité).
 - **Respecte le principe de l'autonomie.**

© Goudreau, Blondeau & Roy

Choix et liberté ???

- Normes de centres en soins palliatifs :
 - **Cessation des traitements.**
- Interférence avec la volonté de madame TVP qui refuse l'arrêt de la Dalteparine, ce qui retarde son admission.
- Deux points de vue qui se confrontent.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Cessation de traitements : un Questionnement

- Hâter la mort?
- Abandon parce que condamnée à mourir.
- Médicalisation du mourir.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Conclusion

- Besoin d'études plus solides en soins palliatifs.
- Soins axés vers :
 - **Le confort;**
 - **Le choix du patient.**
- L'anticoagulation « at large » est potentiellement un écueil pour un système le santé.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Merci

Bibliographie

1. Ambrus JL J med 1975;6:61-4.
2. Bates Sm, et al. N England J Med 2004; 351: 268-77.
3. Blom Jama 2005; 293:715.
4. Deitcher sem Thromb Hemost 2003; 29:247.
5. Heit arch Int Med 1999; 159:445.
6. Heit arch Int Med 2000 160:809.
7. Hirsh Jack Chest 2008; 133:71-109.
8. Hutten BA J Oncol 2000; 18:3078-83.
9. J Thromb Haemost 2004; 2:1311-5.
10. Johnson MJ Palliat Med 1997;11:306-12.
11. Johnson MJ. Clin oncol 1999;11:105-10.
12. Johnson MJ. Palliative Medicine 1997; 11 :306-12.
13. Kakkar AK. JCO 2004; 22(10) : 1944-48.

© Goudreau, Blondeau & Roy

Bibliographie (suite)

14. Kierner KA. AJHPM 2008; 25(2) : 127-31.
15. Kirkova J. JPC 2004; 20(2) : 101-104.
16. Lee Ay. Br Haematol 2005; 128:291-302.
17. Lee et al. N Engl J Med 2003 Jul 10;349(2):146-53.
18. Mandyburti, neurology 1977.
19. Meyer et al. Arch Intern Med 2002 Aug 12-26;162(15):1729-35.
20. Motta ED. JPN 2005; 21(2) : 97-102.
21. Noble S. PMJ 2007; 83 : 671-74.
22. Noble SIR. Palliat Med 2005; 19:197-201.
23. Noble SIR. Lancet Oncol 2008; 9 :577-84.
24. Noble SIR. Palliative Medicine 2005; 19 : 197-201.
25. Noble SIR. Palliative Medicine 2007; 21 : 473-76.
26. Prandoni P. Thromb Haemost 1997;78 (suppl) 141-4.

© Goutheau, Blondeau & Roy

Bibliographie (suite)

27. Remy Jardin M. Radiology 1996; 200: 699-706.
28. Soto-Cardenas MJ. Palliative Medicine 2008; 22 :965-68.
29. Spiess JL. JPM 2009; 12(1): 83-87.
30. Uptodate anticoagulant in patient with brain metastases, janvier 2010.

© Goutheau, Blondeau & Roy
