



HAL
open science

Neurolyse alcoolique sciatique pour Ischemie Critique Chronique des membres inferieurs : impact sur la qualité de vie des patients ; étude rétrospective en LISP de janvier 2017 à avril 2019

Alex Chanteclair

► To cite this version:

Alex Chanteclair. Neurolyse alcoolique sciatique pour Ischemie Critique Chronique des membres inferieurs : impact sur la qualité de vie des patients ; étude rétrospective en LISP de janvier 2017 à avril 2019. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02492114

HAL Id: dumas-02492114

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02492114>

Submitted on 26 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019

Thèse n°145

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par
Alex CHANTECLAIR
Né le 23 Juin 1991 à Caen

Le 10 Octobre 2019

**NEUROLYSE ALCOOLIQUE SCIATIQUE POUR ISCHEMIE
CRITIQUE CHRONIQUE DES MEMBRES INFÉRIEURS :
IMPACT SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PATIENTS**

Étude rétrospective en LISP de Janvier 2017 à Avril 2019.

Directrice de thèse : Madame le Docteur Elise CHARTIER

JURY

Monsieur le Professeur Dominique MIDY
Monsieur le Professeur Benoit BURUCOA
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA
Madame le Docteur Geneviève PINGANAUD
Madame le Docteur Elise CHARTIER

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Directrice

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury :

Professeur MIDY,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie d'avoir porté votre attention sur ce travail, et d'avoir accepté aussi promptement de présider ce jury de thèse. Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

Au Rapporteur :

Professeur BURUCOA,

Vous m'avez fait l'honneur de permettre et encourager ce projet universitaire et professionnel, jusqu'à accepter d'être rapporteur de ce travail. Merci pour votre investissement et votre disponibilité. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

Aux membres du jury :

Professeur CASTERA,

Vous avez encadré la genèse de ce travail, et l'avez éclairé de vos conseils avisés. Vous me faites l'honneur d'accepter de l'évaluer. Recevez ici toute ma reconnaissance à cet égard.

Docteur PINGANAUD,

Vous avez accompagné le début de ma formation en soins palliatifs avec beaucoup de bienveillance, et m'avez beaucoup appris. Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Soyez assurée de tous mes remerciements et de ma sympathie.

Docteur CHARTIER,

Permet moi de t'exprimer toute l'estime et la sympathie que j'ai pour toi. Je te remercie d'avoir proposé ce sujet de thèse, et d'avoir accepté de le diriger. Merci pour tes critiques et corrections qui ont su me faire progresser. L'apprentissage à ton contact a été très enrichissant et inspirant pour ma pratique future.

À tous les professionnels de santé, hospitaliers ou libéraux, rencontrés pendant mon internat, qui ont contribué à ma formation. Merci notamment :

Aux Dr CAUBET, MEUNIER, DESPAS, et à toute l'équipe de médecine Interne à Libourne, pour avoir entouré ces premiers pas dans le monde de l'internat.

Aux Dr MANNICK, BRIESE, SEIGNOLLES, à l'EMSP Marmandaise, et à toute l'équipe de médecine polyvalente à Marmande (Marie-Pierre, Mélanie, Julien), pour avoir éveillé mon attrait pour la médecine palliative, et m'avoir enseigné cette approche si particulière.

Aux Dr LAUGA-CLERCQ, MORTON, PASSERIEUX, à l'équipe IDE de Labrit, et à Hélène, coordinatrice de choc, pour cette superbe expérience professionnelle, humaine, cycliste, équine, et culturelle. Merci pour vos enseignements, votre sympathie, votre confiance, et pour cette si belle image de la médecine générale en maison de santé. Merci Marie-Pierre pour ton expérience et ta vision de la relation au patient.

Au Pr SALLES, aux Dr PINGANAUD, ALBARET, et JENN, et aux équipes soignantes de gériatrie du CHU (Hayat!) pour m'avoir tant apporté autour de la personne âgée, et de la personne en fin de vie. Aux Dr FOSSAERT et GASSIE, pour votre confiance, votre bienveillance, et pour toutes ces conversations constructives au chevet des patients.

Aux médecins et sage-femmes du pôle mère-enfant de la Maison de Santé Protestante de Bagatelle, et plus particulièrement aux Dr TREBESSES, PARAVIS, BRUN, DE BEAUREGARD et CASTELEYN, pour le partage de leur compétence et leur savoir-être avec les patients.

Aux Dr BALICK-WEBER, AUQUE, et POUGET, pour leur bienveillance et leurs bons conseils autour de ce projet.

À mes proches :

Mes parents, Nathalie : cette thèse marque l'aboutissement d'un long chemin que vous avez su baliser et accompagner de vos bons sentiments et de vos conseils. Merci pour votre amour et votre soutien.

Théo, Fleur, Capucine, Lou : c'est toujours avec fierté et bonheur que je vous observe grandir, évoluer, et devenir ces jeunes adultes fascinants et méritants.

Mes grands-parents : pour votre soutien indéfectible. Vous avez toujours répondu présent quand j'en avais besoin, et avez permis que j'en arrive ici. Laissez-moi témoigner ici de toute ma gratitude. Papi, puisses-tu avoir été avec nous pour ce moment si spécial.

Aurélien, Alison, et Gabriel : pour votre bonne humeur à toute épreuve et votre générosité.

À mes amis, cette deuxième famille :

Mustapha : que de chemin parcouru depuis les bancs du lycée ! Nous avons grandi ensemble, et tu as été un modèle par ta détermination et tes innombrables qualités.

Antoine : mon vieil ami, « boujou » à toi et ta formidable famille !

Thomas, Tanguy, Sofiane, Paolo, Elias, Alex, Irina, Nico : merci de m'avoir supporté toutes ces années. J'espère que vous aurez encore de l'énergie pour les décennies futures.

À tous les co-internes, devenus amis, qui ont rendu ces années si agréables :

Debbie (ou Débo ! et Valentin), Anne-Lorraine, Virginie (aka le gnocchi difforme), Charles (et Pauline !), David (Dalida), Emma, Flo, Marie Charlotte. Vous reprendrez bien du Quézaco ?

Bérénice, Inès, Sarah, Émilie, Marion, Vincent : ce semestre était démentiel.

Thibaut, Cha-cha, Ludovic, et Sofian : belle vocation partagée pendant ce semestre, merci pour votre bienveillance, et pour le zèle dont vous avez fait preuve.

Aux collègues internes du DESC :

Marie-Lys, Agathe, Reshad, Julie, Benja, Amaury, Roxie, Marjo, Antoine, Mély. Show must go on !

À tous ceux qui ont apporté leur concours à la rédaction de cette thèse :

Aux relecteurs de chocs, (mes parents, Nathalie, Thibaut, Camille), à la complice Barbara.

Et de façon générale, à tous ceux qui ont eu la patience de me supporter et me soutenir pendant ce travail : c'est promis, vous n'en entendrez plus parler ! Une mention particulière à Sarah et Thibaut, merci pour votre patience et votre soutien dans ces moments intenses.

Sommaire :

Abréviations	6.
Introduction	7.
Partie I : Contexte de l'étude	11.
1.1 L'approche palliative :	12.
1.1.1 Quelques rappels et définitions	
1.1.2 Qualité de vie et soins palliatifs	
1.1.3 Éthique de la décision en fin de vie	
1.2 Artériopathie des membres inférieurs et Ischémie critique : définitions et prise en charge	25.
1.2.1 Le contexte pathologique : autour de l'AOMI	
1.2.2 Ischémie chronique du membre inférieur : entre approche curative et palliative	
1.2.3 Thérapeutiques symptomatiques de l'ICC	
1.3 Neurolyse alcoolique du nerf sciatique	36.
1.3.1 À propos de l'histoire d'un patient	
1.3.2 Rationnel d'une approche neurolytique dans la douleur neuropathique	
1.3.3 Modalités de réalisation de l'alcoolisation	
Partie II : Matériel et méthode	42.
2.1 Approche retenue	
2.2 Population de l'étude	
2.3 Mode de recueil, analyse des données	
Partie III : Résultats	45.
3.1 Caractéristiques des patients et de leur pathologie vasculaire	
3.2 L'admission en LISP : de l'évaluation initiale à la neurolyse	
3.3 Démarche décisionnelle autour du geste d'alcoolisation	
Partie IV : Discussion	64.
4.1 Forces et faiblesses de l'étude	
4.2 Impact de la neurolyse sur la qualité de vie, et limites	
4.3 Recours à la neurolyse : quelles perspectives ?	
Conclusion	77.
Bibliographie	80.
Annexes	86.
Résumé – Summary	89.
Serment	90.

Abréviations :

ABI : Ankle-brachial systolic pressure Index
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
CLI : Critical limb ischemia
DA : Directives anticipées
EN : Echelle numérique
EI : Effet indésirable
EOC : Echelle observationnelle comportementale
FEVG : Fraction d'éjection du ventricule gauche
HAD : Hôpital à Domicile
HAS : Haute autorité de santé
KT : Cathéter
ICC : Ischémie critique chronique (du membre inférieur)
IPS : Index de pression systolique
IV : Intra-veineux
MI : Membre inférieur
OMS : Organisation mondiale de la santé
PA : Potentiel d'action
PAD : Peripheral arterial disease
PDC : Personne de confiance
PDE : Principe du double-effet
PO : Per os
QDV : Qualité de vie
RAD : Retour à domicile
SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
SFETD : Société française d'évaluation et de traitement de la douleur
SP : Soins palliatifs
SDRC : Syndrome douloureux régional complexe

INTRODUCTION

L'ischémie critique chronique (ICC) complique l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI). Elle constitue un problème de santé publique par sa prévalence et ses conséquences pour les malades¹. Ce stade ultime d'évolution de l'atteinte artérielle s'accompagne de **douleurs invalidantes**, avec une composante nociceptive et neuropathique^{2,3}. Des **troubles trophiques** sont associés. Les sujets concernés sont âgés, et présentent d'importantes comorbidités vasculaires et générales. De fait, leur **pronostic vital est souvent sombre**. Il s'y associe une **altération parfois majeure de la qualité de vie**⁴, justifiant une orientation palliative de ces patients.

Décelée à temps, l'AOMI relève pourtant d'une approche vasculaire spécifique pour sa prise en charge. Le but étant de lever le phénomène ischémique à l'origine des lésions, pour espérer un bon pronostic symptomatique et fonctionnel. Dans ce sens, le rôle du **médecin généraliste**, est, en premier lieu, d'assurer la prévention des facteurs de risque vasculaire de cette atteinte. Il en assure aussi le dépistage et le diagnostic. Puis, il met en place les traitements qui s'imposent, avec le concours du **spécialiste vasculaire**⁵. Ce dernier, à l'examen du patient, et de son lit artériel, proposera une éventuelle intervention, à visée de **revascularisation**, pour résoudre l'occlusion artérielle, et protéger durablement le membre.

L'histoire de certains patients montre des devenir différents⁶. Dépisté à un stade tardif, notamment d'ICC, le sujet artéritique peut présenter des **lésions multiples et avancées**, volontiers **bilatérales**, et un état général altéré. Les techniques de revascularisation deviendront limitées, et le chirurgien sera face à une **impossibilité d'effectuer un geste vasculaire**, permettant d'améliorer les symptômes. Les patients pourront alors se voir proposer une alternative : l'**amputation** du membre atteint⁷. Cette intervention permet de soulager la douleur, et d'éliminer un foyer infectieux surajouté aux plaies vasculaires. Dans l'idéal, elle s'accompagne d'un appareillage prothétique, pour espérer une reprise d'autonomie. En pratique, l'amputation reste une **chirurgie radicale, difficilement acceptable par le patient**. Elle entraîne une atteinte de son **schéma corporel**, et l'expose aux **douleurs du membre fantôme**⁸. D'éventuels troubles de **cicatrisation** du moignon pourront aussi compromettre l'appareillage. Enfin, le risque de **mortalité péri-opératoire**, chez des patients dont le pronostic est assombri par leur état général, concourt un peu plus au **caractère inapproprié** que peut revêtir cette intervention.

En l'absence de prise en charge vasculaire spécifique, et en cas de refus, ou d'impossibilité, à réaliser l'amputation, ces patients n'auront accès **qu'à un traitement conservateur**. L'objectif sera alors, avant tout, d'assurer leur confort, en soulageant les symptômes douloureux. Différentes approches antalgiques seront évaluées dans ce sens. Ce tournant, dans l'histoire de la maladie, marque en général **l'orientation palliative** que prend leur prise en charge.

Depuis la première circulaire, dite « Laroque »⁹, en 1986, **les Soins Palliatifs (SP)** se sont considérablement développés en France. Ils sont définis, par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), comme des « **soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale, et spirituelle** »¹⁰. Par la suite, le cadre légal a vu s'enrichir les droits des patients. Il a aussi formalisé l'offre de soin, depuis le **médecin traitant** en ambulatoire, jusqu'aux équipes des **Unités de Soins Palliatifs (USP)**¹¹.

Tous ces acteurs du soin travaillent au quotidien dans l'**incertitude**. Ils font face à la **complexité** présentée par la situation de chaque patient. Chez les sujets artéritiques, elle tient, d'abord, à la difficulté à **évaluer et soulager la douleur**. Accéder aux représentations de la qualité de vie d'un patient, au regard de son état pathologique, est une autre difficulté. La complexité réside, enfin, dans le **processus décisionnel** concernant la prise en charge du patient : quelle intention, quelle action thérapeutique semble la plus acceptable pour le patient, ou la moins déraisonnable ? La réponse à apporter doit être celle d'une approche **globale et pluri-disciplinaire**, pour espérer un accompagnement au plus près des besoins du sujet.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce travail. Plusieurs patients artéritiques sont pris en charge pour leur ICC, en situation palliative, sur la Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle (MSPB). Ils souffrent de **symptômes douloureux non contrôlés**, sans perspective de prise en charge **étiologique**. Plusieurs approches symptomatiques sont envisageables, avec chacune leurs avantages et inconvénients. Face à ces situations, une réunion pluri-disciplinaire pour les douleurs **complexes** est organisée. Elle est convoquée pour délibérer autour de patients non soulagés, et pour qui les solutions thérapeutiques proposées font débat. Après échec des approches initiales, un **geste analgésique définitif** peut être dispensé pour certains sujets : le **bloc par neurolyse alcoolique du nerf sciatique**. Cette démarche, basée sur le même postulat que les blocs anesthésiques périphériques (cathéter péri-nerveux), semble permettre une antalgie immédiate, et pérenne. Son intérêt résiderait aussi sur un **retour à domicile rapide**, plus aisé qu'avec d'autres mesures. La **simplicité du geste**, consistant en une injection d'alcool sous anesthésie locale, le rendrait aussi plus acceptable, en comparaison à une amputation. On imagine ainsi que cette approche serait gage d'une meilleure qualité de vie.

La démarche soulève pourtant des **questionnements cliniques, thérapeutiques, et éthiques**. Soulageant un symptôme, elle occasionne, par lésion du nerf, la **perte de la fonction** sensitivo-motrice du membre concerné. Peu décrite ou pratiquée, elle interroge aussi sur son **innocuité**, et sur sa réelle pérennité, compte-tenu du risque de régénération nerveuse. Ainsi, au delà de l'aspect purement analgésique, cette étude s'inscrit dans une volonté de réflexion autour de l'approche. Au regard des autres techniques antalgiques décrites pour l'ICC, il faudrait aussi préciser sa place dans l'éventail thérapeutique de la maladie.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'impact d'une technique d'analgésie par neurolyse alcoolique du nerf sciatique, sur la qualité de vie des patients artéritiques au stade d'ischémie critique chronique des membres inférieurs, pris en charge par une équipe de soins palliatifs.

L'objectif secondaire est de décrire le processus décisionnel conduisant au recours à une telle technique d'antalgie, au regard de l'histoire vasculaire du sujet, des thérapeutiques déjà entreprises, et du souhait du patient.

Avant de répondre à ces objectifs, la première partie de ce travail vise à contextualiser l'approche palliative en général, puis plus spécifiquement autour de l'AOMI, pour enfin présenter la technique de neurolyse dont il est question. Ensuite, seront successivement abordés la méthode employée pour éprouver ces hypothèses, les résultats, la discussion de ceux-ci, pour enfin conclure sur l'impact que pourrait avoir ce geste d'alcoolisation chez les patients concernés.

Pour résumer :

L'ICC complique l'AOMI. Ce stade avancé de l'évolution s'accompagne de symptômes douloureux et de troubles trophiques, sur un état général souvent précaire. La qualité de vie des patients s'en trouve altérée. Pour certains patients, il n'existe pas de possibilité de traitement vasculaire spécifique. Le soulagement des symptômes est alors difficile, malgré les approches antalgiques disponibles, rendant parfois nécessaire une amputation du membre. Cette option est peu satisfaisante, et peut être refusée par les patients.

Devant cette complexité, l'orientation de la prise en charge devient palliative. Au sein d'une RCP dédiée aux douleurs complexes, les médecins en LISP de la MSPB proposent une technique analgésique définitive : la neurolyse alcoolique sciatique. L'objectif principal de cette étude est de décrire l'impact de cette approche sur la qualité de vie des patients en ayant bénéficié. L'objectif secondaire est d'apprécier le processus décisionnel conduisant au choix de cette technique définitive, qui appelle à une réflexion éthique.

Partie I : Contexte de l'étude

1.1 L'approche palliative

1.1.1 Quelques rappels et définitions

L'avènement des soins palliatifs, dans leur mission d'accompagnement des mourants, prend forme lors de la création des premiers hospices, au XIX^{ème} siècle en France, à l'initiative de **Jeanne Garnier**. Leur développement, au sens d'une discipline médicale, prend ensuite son essor sous l'impulsion de **Lady Cicely Saunders**, en Angleterre, dans les années 1950¹². À la faveur de la création du St Christopher's Hospice, l'observation et l'évaluation des patients permet d'envisager des thérapeutiques pour soulager leurs symptômes, et accompagner leur entourage. C'est à cette période que la recherche et l'enseignement se développent, dans ce champ nouveau et particulier de la médecine. Cet éveil est parallèle à une évolution sociétale et anthropologique de la place du mourant dans la communauté, aujourd'hui très médicalisée. Il est aussi réactionnel à une médecine moderne toujours plus technique et performante, repoussant ses limites, et occasionnant des situations complexes, déshumanisées, parfois inextricables.

Aujourd'hui, l'approche palliative concerne des patients pour lesquels la pathologie ne laisse entrevoir de perspective thérapeutique de guérison. Forte de ces héritages, elle doit envisager le patient en fin de vie dans l'ensemble de ses besoins, et des composantes de sa personne. Il est, plus que jamais, **considéré comme un être vivant, et sa mort, survenant comme un processus naturel**¹³. Ainsi, face à la réalité de la maladie, la médecine palliative cherche à éviter toute investigation ou thérapeutique qui s'avèrerait déraisonnable. Elle place ce moment de vie comme un temps difficile mais essentiel, se refuse de l'écourter intentionnellement, ou de le prolonger obstinément. Tout ceci en s'efforçant d'en préserver une qualité la meilleure possible. On peut apprécier l'approche palliative sous ces trois perspectives¹⁴ :

- ❖ **Une temporalité** : On distingue 3 phases chez le patient atteint d'une maladie grave :
 - Une première dite **palliative spécifique**, active, où l'objectif est de permettre une survie la plus longue possible, par des thérapeutiques spécifiques, tout en s'attachant à assurer une qualité de vie suffisante ;
 - Une seconde, **palliative symptomatique**, où la quantité de vie n'est plus systématiquement privilégiée, mais bien d'abord la qualité de vie, en contrôlant au mieux les symptômes ;
 - Enfin, la **phase dite terminale**, précédant le décès, où la prise en charge des symptômes est essentielle, et le confort, privilégié à tout prix, quitte à recourir à une sédation.

Cette chronologie justifie une mise en place **précoce**¹⁵ des SP. Une étude effectuée en oncologie semble d'ailleurs montrer que cette instauration précoce augmenterait la qualité de vie, et même la survie des malades. Ce temps palliatif implique un dépistage au plus tôt, de telles situations, pour débiter une réflexion autour du patient et instaurer les mesures nécessaires. C'est une des missions actuelles du médecin généraliste.

- ❖ **Une unité de Lieu** : le législateur a prévu la création d'une offre de soin en SP graduée¹⁶ :
 - **L'ambulatoire** : le médecin traitant est au cœur d'un dispositif visant à maintenir le patient à domicile, quand c'est raisonnable, puisque c'est le souhait de la majorité de la population française. Selon les cas, et après intervention éventuelle d'une EMSP, ou après une hospitalisation pour évaluer la situation, le médecin traitant assure le suivi et la prise en charge du patient. Il pourra le faire seul, avec l'aide d'un SSIAD, au sein d'un réseau de soins palliatifs, ou dans le cadre de l'HàD ;
 - **Les LISP** : intégrant des unités de médecine conventionnelle, hospitalières, le soin curatif s'y mêle aux prises en charge palliatives, multidisciplinaires. Leur rôle est aussi de diffuser la démarche palliative dans les pratiques, au travers des référents ;
 - **Les USP** : ces centres de références accueillent de façon temporaire ou permanente les situations les plus délicates, justifiant une expertise spécifique. Elles ont également une mission d'enseignement et de recherche ;
 - **Les EMSP** : sans être un lieu de soin à proprement parler, elles interviennent pour accompagner les patients et leurs entourages familiaux, et soutenir et conseiller les équipes soignantes. Elles constituent une aide décisionnelle, et diffusent la démarche palliative au sein des équipes médicales qui les sollicitent.

- ❖ **Une unité de personnes** :
 - **Le patient** : atteint d'une maladie grave, il est confronté à une crise existentielle où toutes les sphères de son identité sont atteintes : souffrance physique, morale, socio-familiale, et spirituelle. C'est le concept de « **Total Pain** » de Lady Saunders, déjà citée. En découleront des affects multiples, initialement théorisés par E. Kubler-Ross¹⁷, où tristesse, colère, dénégation, et espoir de guérison cohabiteront successivement. Dans cette vulnérabilité, le législateur réaffirme au patient, par la loi Claeys-Leonetti¹⁸, son autonomie dans le choix dans sa prise en charge. Il est assuré que son choix sera respecté, même inconscient, s'il a rédigé ses **directives anticipées**, et grâce à sa **personne de confiance**. Il est parti prenante de son parcours, et cette autonomie lui permet d'assurer une « *permanence de soi* », une continuité, au sens de P. Ricoeur¹⁹, face aux altérations causées par la maladie.
 - Une **équipe de professionnels de santé** : comme le rappelle l'HAS, la démarche palliative n'est pas qu'affaire de spécialistes, et concerne tous les acteurs médico-sociaux au contact des patients, ambulatoires ou hospitaliers. Le dernier plan triennal de soins palliatifs met d'ailleurs l'accent sur la nécessité, pour tout médecin, d'avoir une formation initiale et continue sensibilisant aux soins palliatifs. Plusieurs travaux montrent une diffusion encore imparfaite de ces connaissances et des pratiques²⁰. Cette **démarche palliative** repose sur des compétences de travail en équipe, en interdisciplinarité, avec une approche collégiale personnalisée. Elle assure une évaluation globale du patient, de ses symptômes et ses besoins, pour espérer apporter une prise en charge adéquate.

- Des **bénévoles d'accompagnement** : issus de la société civile, ils apportent, par leur engagement, une présence et une écoute qui re-crésent du lien social, et luttent contre la marginalisation et l'abandon des patients.

La rencontre entre un soignant, et le patient, dans ce lieu et ce temps défini, fera naître de multiples enjeux. Elle sera aussi soumise à **plusieurs exigences**.

La première, qui s'imposera au binôme médecin-patient, sera **l'évolution de la pathologie**. Le risque d'aggravation clinique, inexorable, et les conséquences qu'elle implique physiquement et émotionnellement, seront autant de difficultés à intégrer pour le malade. Cela affectera aussi le soignant, et ses échanges avec son patient. Il devra faire appel à ses connaissances, et à ses compétences relationnelles et d'empathie, pour espérer palier à la réalité de la maladie.

L'accompagnement de ces patients répond aussi à un cadre légal, inhérent à ces situations¹⁸. Après la **circulaire Laroque**, où les premiers objectifs de ce type de prise en charge sont formalisés, les soins palliatifs sont inscrits à la **loi hospitalière de 1991** comme mission de soin de tout établissement. **La loi du 9 Juin 1999** explique ensuite, la première, que les soins palliatifs repose sur une approche pluridisciplinaire, avec un droit à l'accompagnement, et une autonomie du patient à valoriser. **La loi Kouchner** du 4 Mars 2002 rappelle l'importance de l'information et du recueil du consentement éclairé du patient. La loi dite **Leonetti**, puis la loi **Claeys-Leonetti** (respectivement du 22 Avril 2005, puis 2 Février 2016), énoncent l'importance du respect de l'autonomie, en apportant des garanties au patient pour faire valoir son opinion : c'est la création des **directives anticipées**, et la reconnaissance de la **personne de confiance**. La **démarche décisionnelle** autour d'un sujet doit s'appuyer sur de tels outils. Une **approche collégiale** est aussi exigée dans son étayage. Ces lois rappellent enfin le **refus de l'obstination déraisonnable**, pour un respect de la dignité du patient. De plus, elle rend possible l'accès à **une sédation profonde et continue jusqu'au décès, dans trois indications précises**.

L'accompagnement en SP commence par une rencontre entre un patient, avec son contexte pathologique et son histoire, et un praticien et son équipe, formés à la démarche palliative. Cette démarche peut s'effectuer dans différents lieux de soins, et doit être introduite le plus précocement possible dans le parcours du patient. Elle repose sur une approche globale, multidimensionnelle, interprofessionnelle, pour accompagner les différentes plaintes du patient. Le droit encadre cette approche, pour garantir au patient son autonomie, et une qualité de vie la meilleure possible.

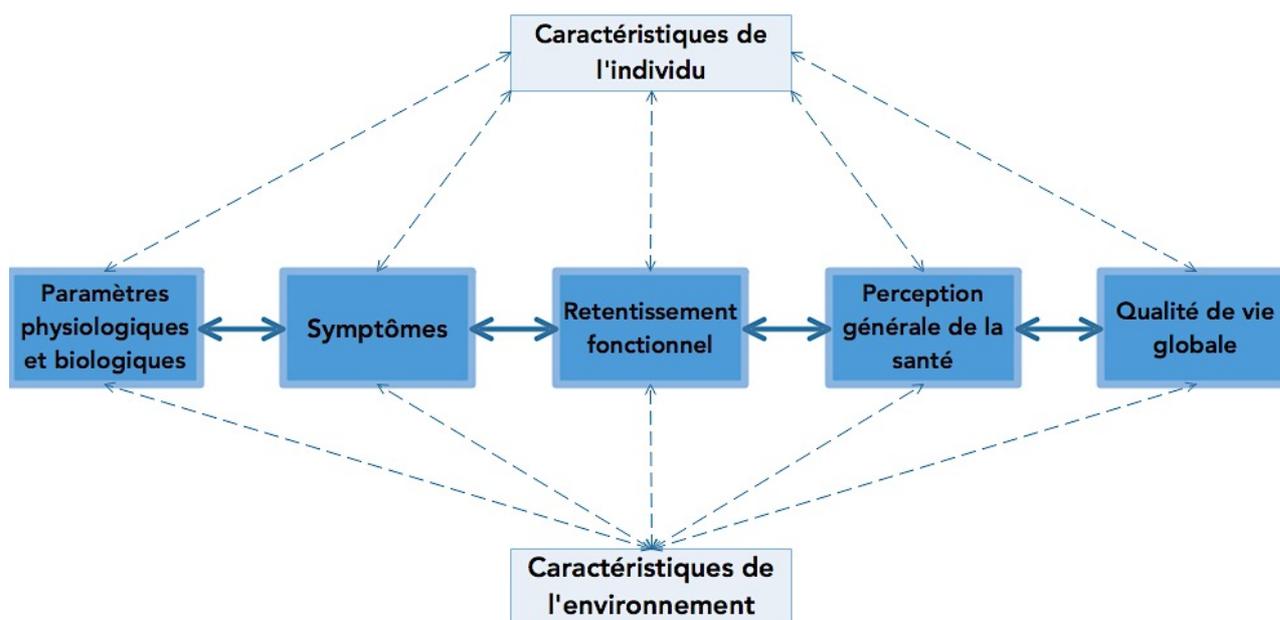
1.1.2 Qualité de vie en situations palliatives : définition(s) et évaluation

La notion de qualité de vie semble être difficile à définir, surtout dans le champ de la fin de vie : comment parler de qualité de vie, chez un patient très symptomatique, alité, ou en perte d'autonomie ? Son appréciation par le clinicien est aussi primordiale que difficile, et son évaluation est un enjeu de taille, tant elle paraît **subjective**.

❖ Le concept de qualité de vie

Au sens commun, la notion de qualité de vie, est un **concept récent**, apparu à la deuxième moitié du XXème siècle. Loin des grandes épidémies et des conflits mondiaux, on commence à parler, non plus seulement de quantité de vie, ou de survie, mais bien de qualité de vie. **L'OMS, en 1993**, la définit comme : « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement.* »²¹. L'OMS insiste donc sur la santé comme un levier pour une meilleure qualité de vie, et le défaut de santé comme une entrave à celle-ci. Elle insiste sur son **caractère multidimensionnel**, et introduit l'influence de l'environnement social et physique du sujet. Elle ne saurait donc répondre à un standard ou un idéal commun. Elle revêt enfin une dimension très **personnelle et subjective** : l'individu seul sait, cherche à développer, ce qui peut lui apporter un sentiment de bonheur²².

En santé, la qualité de vie peut être définie comme un état de bien-être, qui reposerait sur **la capacité** à réaliser des activités journalières, qui reflètent le bien être physique, psychologique et social, et **la satisfaction** du patient avec ce niveau de fonctionnement, le soulagement de sa maladie, de ses symptômes et traitements. Une approche conceptuelle a été formalisée par Ferrans²³⁻²⁴ :



D'après : Ferrans et al : Modèle révisé de la qualité de vie associée à la santé²⁴

Dans ce modèle, lui-même adapté de Wilson et Cleary²⁵, on comprend que :

- D'une **variation physiopathologique**, peut se créer un **symptôme**, vécu dans toutes ses dimensions : physique, cognitive, psycho-affective, existentielle. Il aura un impact sur le plan **fonctionnel**. Ce symptôme, et ses conséquences, influenceront la **perception générale** de l'état de santé. Cette notion introduit la subjectivité : pour une situation, deux patients distincts auront une perception différente. **L'impression globale de qualité de vie** reposera sur **la satisfaction**, ou non, du sujet, de cette perception de son état de santé.
- La qualité de vie est un **processus dynamique**. De multiples facteurs pourront l'influencer : la personnalité de l'individu, son hygiène de vie, son bagage génétique, ses capacités d'adaptation, et son histoire de vie. Ils auront un impact sur l'apparition du symptôme, son ressenti, et son intégration dans la perception de la qualité de vie. L'environnement du sujet jouera aussi un rôle dans cette dynamique. Il pourra être positif (soutien psychologique de l'entourage), ou délétère (difficultés financières, professionnelles).

❖ Facteurs influençant la qualité de vie en situations palliatives

Définir la notion d'une qualité de vie, **en fin de vie**, semble plus délicat. Face aux symptômes intenses et multiples, et au caractère, non plus abstrait, mais bien réel que la mort occupe, il semble évident que la qualité de vie soit altérée, dans de multiples dimensions. À partir de la définition des SP par la SFAP, la qualité de vie correspondrait, par la négative, à l'absence de souffrances physiques, psychiques, et sociales. Cette définition est utopiste et imparfaite. Elle fait écho au concept de « Belle mort », ou de mort « assez belle »²⁶, décrit par E. Bellanger. Son analyse bibliographique, sous le regard anthropologique, se heurte au constat **que le consensus concernant la qualité de vie, ne va pas au-delà de l'individu**. Il existe ainsi autant d'idéaux de « belles morts » que de patients, le seul facteur retrouvé comme constant dans la littérature étant **l'absence de douleur**.

Pourtant, il semble essentiel de pouvoir accéder à cette qualité de vie, afin de la quantifier, au travers d'échelles reproductibles. En clinique, cela permet d'apprécier objectivement l'évolution de l'état d'un patient. En recherche, on souhaitera obtenir des données comparables à des fins statistiques. Cela suppose d'identifier les facteurs qui la composent, ou qui l'impactent. On retient, de Steward²⁷, complété par d'autres²⁸⁻³², les suivants :

- **Confort physique** : le soulagement de symptômes, au premier rang desquels la **douleur**, est essentiel. La dyspnée, les troubles digestifs, l'asthénie, et le maintien d'une autonomie fonctionnelle sont décrits comme autant de déterminants dans le vécu des sujets ;
- **Confort psychologique** : les patients souhaitent que leurs affects soient écoutés. Ils craignent d'être perçus comme un poids pour leur entourage ou la société. La sauvegarde de leur dignité, de leur estime personnelle, repose sur le sentiment d'être envisagé comme une personne, et non un symptôme ou une pathologie. La conservation de leur schéma corporel, d'une belle image d'eux mêmes⁹ semble aussi importante. Enfin, le sentiment d'autonomie dans le choix (concernant la prise en charge médicale, le lieu de vie) est décrit comme nécessaire à ce confort ;

- **Confort social** : il est permis par les liens sociaux, avec l'entourage familial, amical, médical. Il réside aussi dans la possibilité de communiquer. L'isolement est à l'inverse très mal vécu. Le maintien d'une vie « normale », la conservation des rôles sociaux, d'une routine, d'une sexualité, et la possibilité de mourir à domicile, sont évoqués. Le rapport avec le corps médical semble aussi important, à travers les facteurs suivants : relation de confiance, bonne alliance thérapeutique, continuité des soins, coordination des référents médicaux et équipe unique avec qui l'on peut partager les ressentis ;
- **Confort spirituel** : le vécu de la fin de vie va dépendre du sens donné à celle-ci, du sentiment de complétude qui pourra y être associé, et de la spiritualité du sujet. Une intuition de paix intérieure, ou de paix avec Dieu, paraît alléger la souffrance des patients. L'impression de transcendance est aussi décrite comme un vécu moins négatif. Les patients, croyants ou non, ayant pu accéder, sur le lieu de soin, à une forme de méditation ou à un représentant du culte, rapportent une meilleure qualité de vie. Il en est de même lorsque émane l'idée d'une mort « préparée ». Conscient de sa finitude, le patient aura pu mettre en ordre ses affaires, ses papiers, ses finances, et se remémorer les choses accomplies dans sa vie, et les émotions positives associées.

En plus de compléter ces études, les travaux de Steinhäuser³² ont proposé de classer les facteurs influençant la qualité de vie, selon leur importance par rapport aux autres, dans des groupes distincts. Le but était de voir si les perceptions des patients, aidants familiaux, et professionnels de santé, différaient entre eux. Il a mis en lumière plusieurs éléments intéressants :

- Le **contrôle de la douleur** semble, à nouveau, être la condition préalable indispensable à une meilleure qualité de vie ;
- Le médecin et l'entourage n'ont **pas la même perception** que le patient sur ce qui prime pour lui, dans les facteurs vus précédemment. Le soignant doit être conscient de cette donnée, et s'enquérir auprès de son patient sur ce qui lui semble être le plus important.

C'est à partir de ces données que pourront se construire les différentes échelles de qualité de vie.

❖ **Echelles de qualité de vie en soins palliatifs, et limites**

Les échelles de qualité de vie, en santé, sont des outils psychométriques dont le but est d'apprécier de façon standardisée et reproductible, le ressenti des patients face à leur condition physique. A l'aide de questionnaires, cette approche, forcément restrictive, permet néanmoins d'apprécier une amélioration, ou une détérioration de la qualité de vie, le patient étant son propre témoin. En recherche, ces scores permettent d'évaluer l'impact d'une intervention. Enfin, ils peuvent être des marqueurs de la qualité des soins lors d'évaluations de pratique. Ils sont établis sur avis d'expert, ou à partir de données issues de travaux tels que ceux présentés précédemment. On distingue 5 grands types d'échelles³³ :

- **Les échelles génériques** : elles évaluent plusieurs domaines de la santé, et sont utilisés indifféremment pour plusieurs types de population. C'est le cas du SF36 ou du WHOQoL ;

- Les échelles **spécifiques à une dimension de la santé**. C'est par exemple le cas d'un score évaluant la dimension psychique du bien être, dans un contexte psychiatrique ;
- Les échelles **spécifiques d'une pathologie ou d'une population** : elles évaluent les différentes dimensions de la santé, dans le cadre d'une pathologie. C'est par exemple le cas des échelles de qualité de vie en cancérologie, telle que l'EORTC ;
- Les **échelles de mesures individuelles** : le patient introduit lui même les domaines et variables qui lui semblent essentielles pour sa qualité de vie. On peut citer le *Profil de Qualité de Vie* ;
- Les **échelles de mesures d'utilité** : leur but est de fournir une représentation de la qualité de vie comme une valeur sociale, économique ;

En contexte palliatif, les scores génériques trouvent souvent leur limite dans leur manque d'exploration de domaines tels que la spiritualité. Des questionnaires spécifiques à cette population ont été développés, incluant les dimensions physiques, mais aussi spirituelles, et existentielles. On peut citer les suivants, qui concernent la fin de vie, quelle que soit la pathologie :

- **Le questionnaire McGill (MQOL)³⁴** : il s'intéresse à la qualité de vie des personnes en soins palliatifs. Composé de deux parties, la première évalue la qualité de vie globale sur un seul item. La seconde cote, sur 14 items, cinq domaines de la qualité de vie, sur une échelle de 0 à 10. Ces domaines sont le bien être physique global, les symptômes invalidants, le fonctionnement psychologique, le versant existentiel, et l'évaluation du soutien reçu. La moyenne des sous-échelles produit un score entre 0 et 10, où 0 est la plus mauvaise qualité de vie, et 10 la meilleure. Sa réalisation est simple et acceptable par le patient ;
- **Le questionnaire Missoula-Vitas (MVQOLI)^{35,36}** : validé en France, ce questionnaire fait apprécier, sur 15+1 items, la qualité de vie du patient, sur le ressenti général, le retentissement des symptômes, les activités quotidiennes, la vie relationnelle, le sentiment de complétude, et de spiritualité ;
- **Le questionnaire QUAL-E³⁷** : il étudie, en plus de l'évaluation de l'impact des symptômes, le sentiment de complétude, la relation avec les professionnels de santé, et le concept de préparation à la fin de vie. Il est validé pour la population palliative, en pratique clinique, pour accéder au vécu des patients dans ce contexte particulier.

Notre étude portant sur l'AOMI, il semble important de citer le **VascuQoL-6³⁸**, qui est le seul validé dans l'évaluation de la qualité de vie chez les patients artéritiques. Il consiste en une version simplifiée du VascuQoL-25, et s'intéresse à tous les stades de l'AOMI, au travers de 25 items : *symptômes douloureux, plaies chroniques, état général, fonctionnalité du membre, impact psychologique, relationnel et social, et impact sur les actes de la vie quotidienne*. Il rapporte des éléments intéressants donc, mais ne décrit pas certaines dimensions ayant attrait à l'approche palliative, notamment le confort et la spiritualité.

Ces échelles de qualité de vie représentent un reflet de la perception du patient, et permettent d'en apprécier son évolution. Elles seront utiles pour adapter un traitement, aider à la décision, ou comprendre l'effet d'un facteur ou d'une intervention en recherche. **Elles trouvent aussi plusieurs limites.**

Selon les auteurs, interroger un patient en fin de vie, sur sa qualité de vie, risque parfois **d'induire un stress** par une prise de conscience des troubles. Il faut que ces outils ne modifient pas de façon péjorative le vécu de la maladie. Cela suppose aussi que le professionnel qui l'effectue puisse avoir des leviers pour améliorer ce vécu.

La qualité de vie étant un processus dynamique, la perception du patient va évoluer. Ainsi, même si la condition pathologique, les symptômes, l'environnement restent stables, le vécu du patient qui s'adapte, pourra s'améliorer. Et de fait, ces scores pourront progresser, alors même que l'état du patient reste le même. C'est le **phénomène de response shift**³⁹, qui peut prendre à défaut ces scores. Il ne faudrait donc pas que l'évaluation du confort d'un patient soit sous-tendue uniquement à ce type d'échelle.

Une dernière limite concerne les patients en phase palliative terminale, éventuellement inconscients. Devant l'imminence du décès, mesurer la qualité de vie peut paraître aberrant, ou en tout cas impossible devant certaines situations, selon ces échelles. Veiller à évaluer le **confort** physique deviendra alors la principale priorité pour les soignants.

La qualité de vie est une notion difficile à définir : on retient son caractère subjectif, multidimensionnel. Elle dépend de la maladie, de l'histoire du patient, et de son environnement physique et social. Elle est, en fin de vie, toujours altérée. Le but des soins palliatifs est de l'évaluer, pour la préserver autant que possible. Pour cela, les équipes pourront l'apprécier au travers de scores validés, qui reposent sur les différentes dimensions de la vie du sujet : son confort physique, le retentissement psychologique, son tissu social, et sa spiritualité. Il faudra savoir rester critique sur l'utilisation de tels scores.

1.1.3 Ethique de la décision en fin de vie

Tel qu'abordé précédemment, les SP reposent sur une démarche inter-professionnelle. Celle-ci, par une évaluation multi-dimensionnelle du patient, engage un processus de décision à plusieurs, face à un **cas de conscience**, une situation vécue comme complexe, où la solution n'est pas accessible au premier abord. Outre l'approche analgésique de notre travail, la réflexion autour de sa mise en place amène un **débat éthique**. Est-ce souhaitable de soulager le patient ainsi, par neurolyse sciatique, au prix des conséquences qu'on imagine à ce geste ? A l'inverse, est-ce acceptable de ne pas essayer tous les moyens à la disposition du médecin pour soigner son patient ? La décision d'y recourir a en tout cas reposé sur une démarche décisionnelle d'équipe, sur la MSPB, dont la mise en place semble essentielle à comprendre.

❖ Le cadre légal :

À l'image d'un garde-fou, il constitue un socle indispensable à la réflexion autour du patient, en définissant les règles de celle-ci. Il garantit au patient que son autonomie et son libre choix seront a priori respectés, au moyen des dispositifs de **DA et de PDC et de cette démarche décisionnelle**. La protection de sa dignité, la recherche de la solution la meilleure, ou la moins mauvaise, seront garanties par une recherche de **collégialité** dans la décision médicale. Ces impératifs deviennent préambules indispensables à la réflexion éthique, et sont pourtant insuffisamment connus par les équipes médicales²⁰.

❖ Les grands principes éthiques :

Si le cadre légal fournit des éléments, il ne saurait répondre aux questions telles que « comment bien décider ? », ou, plutôt, « comment mieux décider ? ». Boitte⁴⁰ définit l'éthique comme une « *activité réflexive, car elle s'interroge sur la finalité et le sens de ce qui se manifeste au cœur de l'existence humaine. L'éthique est aussi une activité pratique, car elle est concrète* ». Ricoeur, lui, définit la finalité de l'éthique comme la visée de la « *vie bonne* »⁴¹. Dans la décision médicale, la réflexion éthique est une démarche dont l'objectif est le **mieux-faire ou le mieux-être**. Elle repose sur une réflexion collective, et une remise en question des certitudes et convictions, dont le bénéfice irait au patient. Selon Beauchamp et Childress⁴², cette réflexion est guidée par l'existence de **4 principes éthiques** :

- Le principe d'Autonomie : l'autonomie est la capacité d'un individu à se gouverner lui-même. Ce principe invite à respecter le souhait du patient, dans sa liberté et sa capacité d'auto-détermination. Cette liberté suppose que le patient soit en état de décider, et informé de façon claire, objective, adaptée et loyale.

On peut trouver des limites à ce principe d'autonomie : il existe souvent un décalage entre l'information donnée par un soignant, et celle intégrée par le patient. Cette liberté de choix du patient est peut être réduite à l'annonce d'une maladie grave, ou lors de symptômes intenses, par sidération. Elle l'est pour sûr si le sujet présente des troubles cognitifs ou de la vigilance⁴³.

- Le principe de **Bienfaisance** : ou principe de bienveillance, il correspond à un devoir moral de **sollicitude** envers le patient. Il faut agir dans l'intérêt du bien-être, de la qualité de vie, et orienter la démarche décisionnelle vers cette priorité. Ce qui suppose que les attentes du patient aient été écoutées et comprises dans leur ensemble. Le médecin doit faire la distinction entre sa propre conception du bien-être du patient, la vérité du patient, et celle de l'équipe soignante, ou de l'entourage familial.

Il s'agit en effet de rejeter une attitude purement **paternaliste** du médecin, qui saurait ce qui est mieux pour le patient. Et de rejeter, à l'opposé, une attitude purement **autonomiste** qui placerait dans les mains du malade, seul, le choix des moyens de prise en charge de ses souffrances. Incombe donc au soignant de naviguer entre ces attitudes, écoutant les attentes du patient pour sa propre qualité de vie, en lui proposant la prise en charge jugée par le soignant comme la plus adaptée à la situation.

- Le principe de **Non-malfaisance** : répondant à l'antique mais toujours actuel « *primum non nocere* » Hippocratique, il vise à épargner tout préjudice, tout traitement, qui ne ferait pas sens pour le patient : préjudice physique (intervention diagnostique ou thérapeutique invasive), psychologique (annonce diagnostique, pronostique), etc. Si le principe de bienfaisance vise au « mieux-être » du malade, ce principe s'oppose à toute velléité d'obstination déraisonnable, et sous-entend une nécessité de proportionnalité entre les mesures entreprises, le souhait du patient, et son état de santé.
- Le principe de **Justice** : ce principe replace le malade dans la société. Il s'agit d'assurer une équité dans l'accès aux soins, notamment palliatifs, selon les besoins médico-sociaux présentés, et les ressources disponibles. Ce principe va au-delà de la seule décision médicale, et renvoie à une pensée plus globale de la société, sur un plan politique et économique. Une décision, pour être éthique, doit prendre en compte le critère du coût des soins administrés, et met ainsi en balance le bénéfice individuel du patient, avec le bénéfice du groupe. Ce dilemme, entre maintien de la dignité singulière, et impact sur la communauté, trouve des réponses différentes selon les sociétés. En France, une attitude solidaire prime, privilégiant une approche centrée sur le souffrant.

On peut citer également le principe du **double-effet** (PDE)⁴⁴, initialement théorisé par Thomas d'Aquin, qui stipule que, dans certains actes, un effet bénéfique souhaité peut coexister avec un effet néfaste, conséquence du premier, mais qui, de par son intention initiale, est acceptable pour le patient. Reformulé autour de la réflexion sur la sédation, le PDE est critiqué, car l'intention à l'origine de la décision peut être difficile d'accès, surtout à posteriori. Il pourrait néanmoins s'appliquer à la démarche thérapeutique présentée dans ce travail de thèse.

Pour finir, le **refus d'euthanasie**, défendu par E. Hirsch⁴⁵, peut être évoqué comme un principe important dans la réflexion éthique. Face à une demande d'euthanasie, le refus de celle-ci entre en conflit avec le principe d'autodétermination du patient. Pour autant, la législation actuelle en France, contrairement à certains pays européens, proscrit une telle alternative. Ce choix actuel espère placer les efforts vers une promotion de la réflexion autour de la place du mourant dans la société, et sur l'attention et la qualité des soins qu'on lui destine.

❖ La démarche décisionnelle éthique

L'étymologie du mot « décision » provient du latin *caedere*, qui signifie couper, trancher. L'action de décider représente donc une rupture avec une situation antérieure. La décision désigne le processus qui aboutit à l'établissement d'un choix, le résultat d'un jugement.

En médecine, cette décision trouve son origine dans une situation clinique. Le praticien décideur prend une orientation, en fonction de la pathologie, du choix du patient, et des données de la science. Ce processus revêt un caractère particulier à de multiples égards, notamment en fin de vie⁴⁶⁻⁴⁷ :

- elle s'inscrit dans une **temporalité** : la décision s'établit dans une unité de temps, parfois restreinte, et éventuellement soumise à l'urgence ;
- elle s'inscrit dans un **processus collégial** : le médecin décide avec et pour autrui, à partir de règles générales, vers une situation particulière. Cette décision est pluri-professionnelle. Elle lie le médecin et l'équipe soignante, au patient et à son entourage social ;
- elle impose une **méthodologie rigoureuse**, pluri-disciplinaire ;
- elle est encadrée par le **droit** ;
- elle implique nécessairement une **émotion**. En effet, comme l'explique Le Coz⁴⁷, « *les principes de l'éthique resteraient de pures abstractions vides si des émotions ne nous y rendaient pas sensibles* ». L'émotion, comme moteur à la décision, ne doit cependant pas prendre le dessus sur un recul nécessaire à la réflexion, au risque d'adopter des conduites délétères.

Dans la démarche palliative, la prise de décision s'articulera autour de **grands thèmes**⁴⁸ : la limitation ou mise en œuvre de traitements actifs, de réanimation ; le soulagement de la douleur, des symptômes intenses ; la gestion de l'alimentation et de l'hydratation ; les questions d'information et de consentement du patient ; les conflits familiaux ; les refus de traitement ; le devenir des patients ; la demande d'euthanasie ; la mise en place d'une sédation profonde... De façon générale, ces thèmes répondent tous à un cas de conscience, une émotion du soignant, qui trouvent leur origine sur un conflit entre les différents principes éthiques.

Devant ces difficultés, la **démarche décisionnelle éthique** cherche à proposer une solution unique, à partir d'une réflexion collégiale, guidée par des outils d'aide à la décision. Ces outils d'aide, décrits par Lery, Gomas ou Sebag-Lanoë notamment (annexe 1), proposent une trame pour permettre à l'équipe une évaluation globale de la situation, face à une situation complexe, en vue d'une décision. On peut synthétiser la démarche selon ces étapes stéréotypées⁴⁸⁻⁵² :

a) Problématique posée

Cette étape définit la nature du problème posé : quel thème, quelle origine à cette difficulté ? Quels principes éthiques entrent en conflit ? Et enfin, de qui provient le questionnement : le malade lui-même, le corps médical, l'entourage ?

Ce premier temps est celui de la **formulation du problème**.

b) Inventaire « au lit du malade »

Cette seconde étape fait le bilan de la situation :

- du point de vue du **patient** : quel sont ses désirs, ses DA ? Quelle est sa personnalité, son histoire, sa spiritualité ? Quelles sont ses représentations de la maladie, de la mort ?
- du point de vue de la **maladie** : quel type d'atteinte, sur quel organe ? Quels sont les symptômes, et leur sévérité ? Quels sont les traitements disponibles ? Quelle est l'histoire naturelle de la maladie, l'évolution prévisible, avec ou sans traitement ?
- du point de vue de l'**entourage** : quels sont les liens (affectifs, matériels), quel est le tissu social autour du patient ? Quel partage des informations ? Quels souhaits formulés ?
- du point de vue du **médecin** : quels sont ses opinions en matière d'éthique, ses capacités à gérer les crises ? Quelles sont ses compétences médico-techniques, relationnelles ?
- du point de vue **paramédical** : quelle est la formation de l'équipe en matière de soins palliatifs et d'éthique ? Quel est le fonctionnement de l'équipe ?
- du point de vue du **cadre extérieur** : revue du cadre légal et déontologique. Quels sont les facteurs culturels, sociaux influençant la situation ? Quel lieu du traitement ?

c) Délibération interdisciplinaire

Une fois l'inventaire établi, les professionnels concernés doivent délibérer. Cela suppose qu'on y attribue les moyens nécessaires, avec, comme pré-requis, un **espace et un temps**, dédiés à cet échange. Dans cet espace, la parole sera, si possible, distribuée par un animateur, et la parole de chaque participant sera accueillie librement, comme une nouvelle approche subjective de la situation, enrichissant le propos. Chaque participant, peu importe son rôle dans l'équipe soignante, sera sur un pied d'égalité.

C'est de ce moment d'interdisciplinarité que naît le consensus. Il repose sur l'ensemble des données recueillies, auprès du patient et de son entourage, et sur la réflexion de l'équipe. La décision envisagée devra aussi faire suite à un avis **collégial**, pris auprès d'un médecin extérieur à l'équipe. Au besoin, cette démarche pourra être facilitée par l'intervention d'un « tiers expert », tel qu'une EMSP⁵³. Ces réflexions seront consignées par écrit au cours de la réunion.

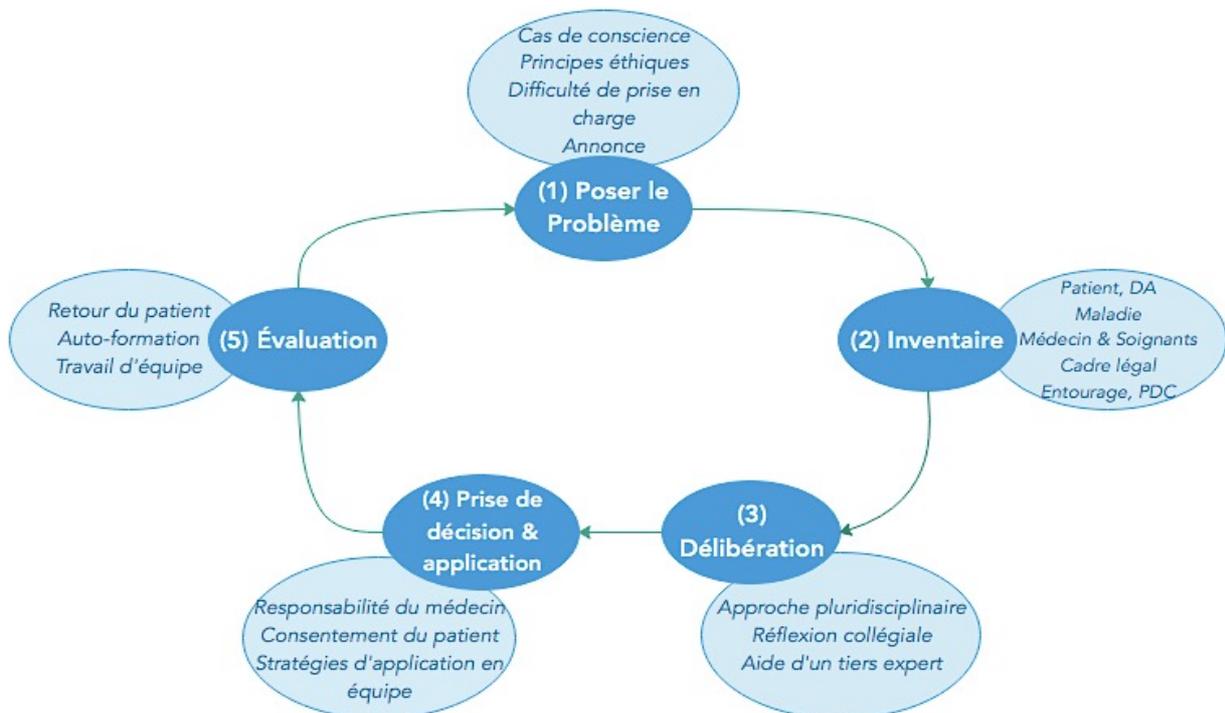
d) *Prise de décision et application*

De ce compromis, il résulte la décision médicale. Prise, seule, par le référent médical, elle est résolument **interdisciplinaire**, si elle a reposé sur le processus précédemment décrit. L'explication est donnée au patient, qui apporte, ou non, son **consentement**. La décision adoptée, l'acte est consigné dans le dossier médical du patient. La stratégie pour appliquer cette décision est mise en place par l'équipe soignante.

e) *Réévaluation, nouvel inventaire*

À posteriori, une évaluation du processus et de son résultat est nécessaire : la volonté du patient a-t-elle bien été prise en compte ? Les principes déontologiques et légaux ont-ils bien été respectés ? Ce temps essentiel permet de recueillir le ressenti de l'équipe, dont la cohésion se trouve grandie. En cas d'évolution défavorable de la situation, ce processus pourra être répété.

On résume, pour finir, la démarche selon le schéma suivant :



Démarche décisionnelle éthique, synthèse. D'après Saussac et Paternostre⁵²

La démarche décisionnelle éthique suppose une formation au cadre légal et éthique. Elle constitue une aide à la décision, un outil précieux, pour une situation jugée complexe. Elle permet d'éviter une décision dogmatique ou solitaire. Composant avec l'incertitude, elle va, après formulation du problème, faire l'inventaire de la situation. À partir de ce bilan, le travail d'équipe confrontera les points de vues des différents membres, au souhait du patient. Chacun apporte sa subjectivité pour enrichir l'évaluation de la situation, et le débat. La démarche sera gage d'une décision médicale plus éclairée, au plus prêt des attentes et besoins du patient.

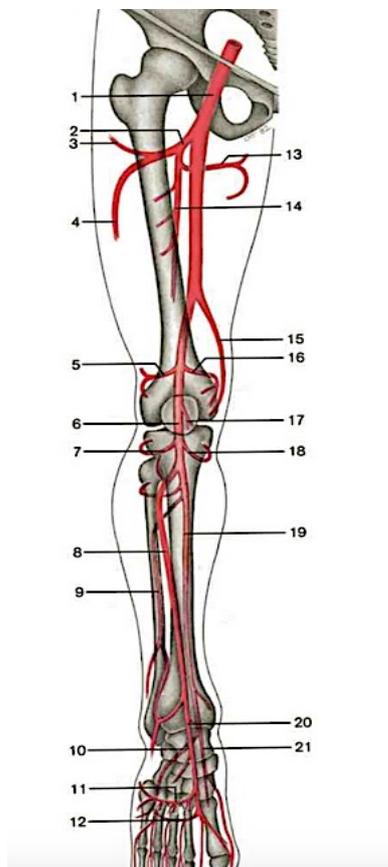
1.2 Artériopathie des membres inférieurs et Ischémie chronique

1.2.1 Le contexte pathologique : autour de l'AOMI

« [...] Mon mémoire de 1858, pas écrit en chinois et presque en bon français, n'a intéressé personne et pourtant, y a-t-il syndrome plus frappant que celui-là ? ». C'est en ces mots que Charcot – le père – décrivait déjà au 19^{ième} siècle la claudication artérielle, et les difficultés à soulager la douleur associée⁵⁴. Depuis, la physiopathologie et la prise en charge de l'AOMI ont été largement étudiées, notamment dans l'étude TASC II, multicentrique et internationale. Elle incluait de nombreux patients, et fait référence dans les études qui ont suivies concernant ce domaine pathologique⁵⁵.

❖ Définition, physiopathologie, rappels anatomiques :

L'AOMI est une atteinte vasculaire des membres, dont la symptomatologie fait suite à une ischémie du membre par sténose des vaisseaux. La physiopathologie retrouve, classiquement, la formation d'une plaque d'athérome dans l'intima, dont les remaniements inflammatoires locaux, entraîneront progressivement une obstruction du vaisseau, et/ou une thrombose en distalité par rupture de plaque, responsable des symptômes aigus ou chroniques des patients⁵⁶. Pour la suite de ce travail, on rappelle quelques bases anatomiques :



D'après Rohen & Yohochi⁵⁷ :

- 1 : A. fémorale commune
- 2 : A. fémorale profonde
- 3 : Branche asc. A. circonflexe fémorale profonde
- 4 : Branche desc. A. circonflexe fémorale profonde
- 5 : A. supéro-latérale du genou
- 6 : A. poplitée
- 7 : A. inféro-latérale du genou
- 8 : A. tibiale antérieure
- 9 : A. fibulaire
- 10 : A. malléolaire antéro-latérale
- 11 : A. tarsienne latérale
- 12 : A. arquée
- 13 : A. circonflexe latérale médiale
- 14 : A. perforantes
- 15 : A. descendante du genou
- 16 : A. supéro-médiale du genou
- 17 : A. moyenne du genou
- 18 : A. inféro-médiale du genou
- 19 : A. tibiale postérieure
- 20 : A. dorsale du pied
- 21 : A. tarsienne médiale

❖ Présentation clinique, Diagnostic positif :

La présentation peut être multiple, selon l'évolution de la pathologie. La définition de l'artériopathie est **hémodynamique**. La mesure de l'Index de Pression Systolique (IPS), correspondant au rapport entre pression systolique à la cheville / pression systolique humérale, traduit une AOMI pour un **IPS inférieur à 0,9**.

Le retentissement clinique dépendra de l'évolution, et on distingue successivement :

- Phase **silencieuse** : patient asymptomatique ; La mesure de l'IPS pourra objectiver l'AOMI ;
- Phase **d'ischémie d'effort « claudicante »** : le patient rapporte spontanément une douleur à l'effort, avec réduction progressive du périmètre de marche. Les pouls périphériques sont altérés. On peut évaluer ces symptômes par le Questionnaire d'Edimbourg, et/ou une épreuve d'effort sur tapis roulant.
- Phase **d'ischémie permanente** : le patient présente désormais une douleur au repos, des troubles trophiques, ou d'éventuelles complications loco-régionales infectieuses.

Les classifications de Rutherford, et de Leriche Fontaine, stratifient cette évolution :

Clinique / hémodynamique		Leriche et Fontaine		Rutherford		
Stade	Clinique	Grade	Clinique	Grade	Catégorie	Clinique
1	asymptomatique	I	asymptomatique	0	0	asymptomatique
2	ischémie d'effort	II A	claudication intermittente, >200m	I	1	claudication légère
		II B	claudication intermittente, <200m		2	Claudication moyenne
					3	Claudication sévère
3	ischémie de repos	III	douleur de décubitus	II	4	Douleur de repos
		IV	troubles trophiques	III	5	Perte mineure de substance
				IV	6	Perte majeure de substance

Classification de l'AOMI, d'après l'HAS⁵⁸

La découverte d'une atteinte artéritique doit systématiquement s'accompagner d'un **bilan plus global sur le risque cardiovasculaire**.

❖ Épidémiologie :

La prévalence de l'atteinte en population générale est de **3 à 10%** de la population générale mondiale, et concerne environ 31,5% de la population de plus de 50 ans. Elle touche préférentiellement **les hommes**, avec un ratio diminuant avec l'âge. Ses conséquences en font un objectif de santé globale : augmentation de **trois à six fois le risque de décès** d'origine cardiovasculaire. La mortalité augmente selon le niveau d'atteinte clinique.

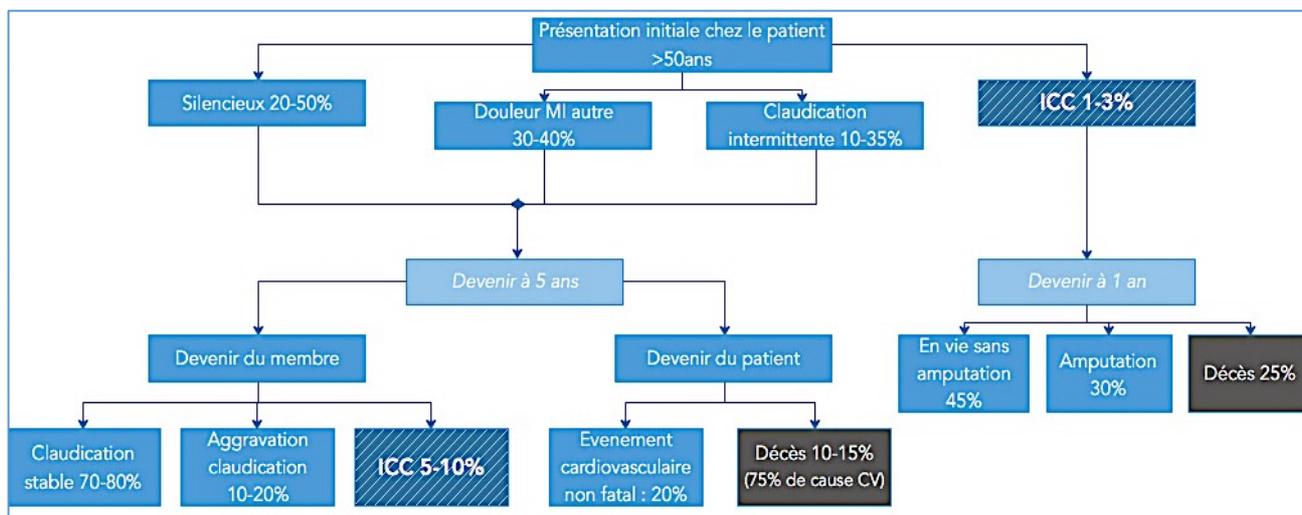
Selon les séries, on considère que jusqu'à 50 à 75% des patients sont **asymptomatiques**, ce qui est à l'origine d'un retard de diagnostic, et donc de prise en charge. C'est dans cette optique que l'HAS recommande depuis 2006⁵⁸, de dépister certains patients à risque. Ce dépistage peut être effectué dans des conditions simples, en cabinet, par le médecin généraliste⁵⁹. Les facteurs associés à un risque de développer une atteinte artéritique sont les suivants :

- **Facteurs non modifiables** : Origine ethnique (Afrique Noire) ; Âge > 65 ans ; Genre Masculin ; Antécédent familial ;
- **Facteurs modifiables** : Tabagisme (Atteinte plus précoce de 10 ans) ; Diabète ; HTA ; Dyslipidémie ; États inflammatoires ; Hyperviscosité sanguine ; Hyper-homocystéinémie ; Insuffisance rénale chronique (chez la femme ménopausée) ;

Coexisteront fréquemment, chez 40 à 60% des sujets artéritiques, des **comorbidités cardio-vasculaires** : atteinte cérébro-vasculaire, coronarienne, carotidienne, etc.

❖ Évolution de la maladie :

L'évolution naturelle de l'AOMI est **moins linéaire** que le laisseraient entendre les 3 phases évoquées précédemment, comme illustré ci-après :



Devenir du patient artéritique, d'après l'étude TASC II⁵⁵

- **Au diagnostic**, 20 à 50% des patients sont asymptomatiques, 10 à 35% présentent une douleur typique, et 1 à 3 % des sujets présentent déjà une **atteinte évoluée de type ICC** ; Cette évolution, déjà avancée, peut s'expliquer par un terrain probablement sédentaire, où les douleurs d'ischémie fonctionnelle sont masquées par le manque d'activité.
- **Chez les sujets asymptomatiques**, en l'absence de dépistage ou de traitement, l'évolution se fera inéluctablement vers une aggravation, avec apparition d'une claudication, ou une altération silencieuse, vers un stade d'ICC, selon l'activité du sujet.

- **Chez les patients claudicants**, de par l'alerte symptomatique, 25% se dégraderont dans les années suivantes. On observera, pour les autres, une stabilité des symptômes, par développement d'une collatéralité, ou par atténuation des facteurs de risque.
- Certains patients seront d'emblée au **stade d'ICC**. Le pronostic fonctionnel du membre, et le pronostic vital, seront sombres en l'absence de suivi spécifique.

L'ICC, stade ultime d'évolution, est la complication la plus redoutée dans cette évolution de l'AOMI. Elle fait l'objet du développement suivant. Un autre événement peut émailler l'évolution : **l'ischémie aiguë de membre**. Elle constitue une urgence thérapeutique, hors du propos de ce travail. Enfin, **l'amputation**, si elle ne fait pas partie de l'évolution naturelle, constitue le devenir de 120 à 500 patients par an par millions d'habitant en Europe occidentale. Elle survient dans 40% des cas suite à une ischémie aiguë de membre, après échec de la revascularisation, et pour 29% des cas dans un contexte d'ICC.

La prise en charge médicale générale de l'AOMI dépendra du stade d'évolution. Elle associera lutte contre les facteurs de risque modifiables, traitements médicamenteux (protecteur vasculaire, statine), et, selon avis vasculaire, une revascularisation. Au vu du risque cardio-vasculaire élevé, un bilan complet devra être proposé.

L'AOMI est une pathologie vasculaire chronique. Elle peut être asymptomatique, causer une claudication intermittente, ou se révéler d'emblée par une de ses complications, redoutée : l'ischémie critique chronique du membre. Son diagnostic est objectivé par la mesure d'un IPS $< 0,9$. Le devenir de cette pathologie dépendra de l'importance des lésions, de son dépistage précoce, et de la prise en charge médico-chirurgicale proposée.

1.2.2 L'ischémie critique chronique : entre approche curative et palliative

❖ Définitions, épidémiologie, diagnostic

L'ischémie critique chronique des membres inférieurs peut compliquer l'évolution d'une AOMI. Elle concernerait environ 500 à 1000 nouveaux cas par an, par million d'habitants en Europe et en Amérique du Nord. Elle concerne 1 à 3% des patients lors du diagnostic, et jusqu'à 10% de la population artérielle totale à 5 ans. Le devenir de ces patients est sombre, puisque l'on considère que seulement **la moitié accèdera à une revascularisation** (dont les résultats pourront être limités). Un quart d'entre eux se verra amputé d'emblée, le reste n'accédant qu'à une prise en charge médicamenteuse symptomatique. À un an, 20 à 25% des patients sont décédés. Chez les sujets vivants, 30% seront amputés, 20% auront une persistance des symptômes, alors que 25% verront une amélioration^{55,60}.

La définition clinique de l'ICC associe, sur au moins deux semaines, une douleur du membre inférieur au **repos**, et/ou des **troubles trophiques** à type d'ulcération, gangrène, siégeant préférentiellement au niveau de la cheville ou du pied. Cela correspond aux Grades III et IV de Leriche-Fontaine, et II, III et IV sur l'échelle de Rutherford. Ces signes cliniques doivent être soutenus par une atteinte objectivable de la condition vasculaire sous jacente. De fait, l'IPS, l'indice de pression systolique du gros orteil, ou la TcPO₂, sont nécessaires au diagnostic. On retient les paramètres suivants pour définir hémodynamiquement l'ICC^{61,62} :

- En cas de douleur typique au repos :
IPS < 50mmHg, ou si Pression du gros orteil <30mmHg
- En cas d'ulcère :
IPS < 70 mmHg, ou si Pression du gros orteil <50mmHg
- Si IPS non contributif (médiacalcosé) :
Pression du gros orteil < 50mmHg (index orteil/bras <0,70), ou si tcPO₂ < 30 mmHg

La mesure de la tcPO₂ est aussi une aide à la décision thérapeutique (**niveau d'amputation**), et permet d'apprécier le pronostic du membre en fonction des options thérapeutiques retenues. Chez le diabétique, elle constituerait même un facteur **prédictif de survie**⁶³.

Un **bilan complémentaire anatomique** (Angio-TDM) sera prescrit pour juger de la possibilité d'un geste, si c'est envisagé.

Le **diagnostic différentiel** de ces douleurs de décubitus fait rechercher une douleur neuropathique diabétique, pathologie fréquemment associée. D'autres douleurs neuropathiques (SDRC, Compressions radiculaires, Neuropathies périphériques) ou ischémiques (Maladie de Buerger) occasionnent des douleurs dont le contexte est différent. Pour les ulcères, le différentiel avec un **pied diabétique** peut parfois être difficile, et les deux pathologies concourent à la formation d'ulcères mixtes. En tout état de cause, la présence d'un ulcère a priori diabétique doit faire rechercher une AOMI sous jacente, et inversement.

❖ Une prise en charge a priori curative

Les objectifs de la prise en charge thérapeutique d'une ICC consistent en une diminution des douleurs liées à l'ischémie, une cicatrisation des ulcères, pour prévenir la perte du membre, et préserver la qualité de vie du patient, en améliorant sa survie.

Quelle que soit la situation, la prise en charge de l'ICC repose, comme l'AOMI, sur un travail conjoint, incluant, autour du médecin généraliste : un spécialiste vasculaire, un cardiologue, un référent en plaies/cicatrisation, une équipe de douleur éventuelle, voire de soins palliatifs.

Les bases de la prise en charge comprennent ^{55,60,64-65} :

- **Prévention, dépistage** : l'identification à un stade précoce, des sujets à risque, par mesure des IPS, permet de déceler des patients asymptomatiques, accessibles à une prise en charge spécifique ; La lutte contre les facteurs de risque cardio-vasculaire, de façon générale, est aussi essentielle dans la prévention de ce type de trouble ;
- **Antalgie** : la meilleure garantie d'antalgie reste la re-perfusion du membre. Dans l'intervalle, ou à défaut, il faut une prise en charge de la douleur adaptée ;
- **Traitement des ulcères** : la prise en charge optimale passe, là encore, par une amélioration des conditions de perfusion. Il faut associer un équilibre glycémique d'un éventuel diabète associé, traiter une surinfection éventuelle, et effectuer les soins locaux ;
- **Revascularisation** : la technique choisie dépend du niveau et du nombre d'atteintes, et des possibilités d'opérer le patient. Pour les lésions **aorto-iliaques**, un traitement chirurgical prévaut. Pour les atteintes **infra-inguinales**, c'est-à-dire en aval de l'artère fémorale, un pontage chirurgical peut être envisagé selon les conditions locales, ou bien un traitement endo-vasculaire (+/- pose de stent). Les lésions **infra-poplitées** sont plutôt accessibles à une prise en charge endo-vasculaire, par angioplastie, dilatation des lésions, voire par pose de stent. Elle dépend des lésions présentées et des habitudes d'équipes. Toutes ces modalités seront jugées par le spécialiste vasculaire ;
- **Amputation** : elle pourrait et devrait s'envisager d'emblée, devant des lésions vasculaires multiples, non accessibles à revascularisation, après son échec, ou en cas d'infection importante, si le patient était accessible à une ré-autonomisation intensive au décours. Le but étant de restituer une autonomie et une qualité de vie ;
- **Traitements médicamenteux** : une optimisation du traitement médicamenteux (inhibiteurs du système rénine/angiotensine, statines, antiagrégants plaquettaires, bêta-bloquants) est nécessaire pour diminuer le risque de mortalité cardio-vasculaire. Les antiagrégants sont également indiqués après un geste vasculaire ;

- **Autres thérapeutiques** : plusieurs méthodes, visant à améliorer la perfusion du membre, sont retrouvées dans la littérature. **La compression pneumatique intermittente** semble favoriser la microcirculation cutanée, et donc la cicatrisation des plaies, tout en améliorant le devenir du membre. Au niveau pharmacologique, les **perfusions d'analogues de prostanoïdes** font état de résultats contradictoires sur le devenir des symptômes et du membre artéritique. Enfin, les thérapeutiques d'avenir, par **thérapie génique** (par expression du VEGF, FGF dans les tissus atteints), semblent prometteuses, mais coûteuses, et nécessitant d'avantage d'études.

❖ La nécessité d'une approche palliative pour certains patients

La plupart des patients sont accessibles à une prise en charge permettant d'améliorer le pronostic du membre. Les possibilités thérapeutiques évoquées doivent cependant être nuancées.

Ainsi, la **revascularisation**, devant des lésions multiples, ou des lésions localement avancées sur un même vaisseau, n'est parfois **pas envisageable, ou échoue**. Même lorsque celle-ci fonctionne, sur certains terrains particuliers (âge des patients supérieur à 80 ans), le pronostic vital global peut rester réservé, autour du geste, ou dans les années le suivant⁶⁵.

Concernant l'**amputation**⁶⁶⁻⁷⁹, la mortalité autour, et suite à un tel geste n'est pas négligeable : selon les séries, elle est de 8% per-opératoire, 13% à 1 mois, 50% à un an, et 70% à 3 ans. La reprise de la marche est de 46% après une amputation, les capacités de ré-autonomisation sont donc contrastées. Le niveau d'amputation conditionnera aussi la possibilité d'appareillage, et donc, la reprise de la marche. Le risque de **ré-amputation** homolatérale, et le risque d'amputation controlatérale ne sont pas négligeables. De plus, 80% des patients développeront dans l'année suivant le geste des douleurs, sous forme de douleurs du moignon, ou du « **membre fantôme** », neuropathiques, parfois difficiles à juguler. Le geste en lui-même est aussi à risque d'infection secondaire, de troubles de cicatrisation et trophiques locaux. Le patient présente déjà fréquemment ces problématiques dans son suivi. Il peut aussi **refuser l'amputation**, laissant peu d'options thérapeutiques pour sa jambe atteinte. Tous ces éléments questionnent l'indication de l'amputation. Lorsque les patients acceptent la chirurgie, et qu'il existe un espoir de reprise d'autonomie, elle peut être utile. Sans espoir de reprise d'autonomie, elle pose la question de son indication : faut-il proposer cette intervention traumatisante, avec ses conséquences psychologiques, somatiques, ou vaut-il mieux proposer une approche palliative seule ?

On comprend que le devenir parfois sombre, de ces sujets, fasse considérer l'ICC comme une **pathologie maligne**, relevant de soins palliatifs, au même titre que les pathologies oncologiques⁶. Elle s'accompagne en effet de symptômes douloureux importants, souvent permanents. Cette douleur, à l'origine nociceptive pure, secondaire à l'ischémie, tend à occasionner des lésions nerveuses périphériques, objectivables, occasionnant des douleurs avec une **composante neuropathique**^{3,70-72}. Ces manifestations sont parfois si intenses qu'un recours à une sédation profonde et continue jusqu'au décès est nécessaire⁷³. A l'instar d'une pathologie maligne, elle s'accompagne aussi **d'une altération de la qualité de vie majeure**, quelle que soit l'option thérapeutique retenue⁴. Elle suppose, enfin, une réflexion éthique sur les interventions que l'on pourrait proposer au patient : est-ce que ce qui est parfois possible techniquement, est toujours souhaitable pour le patient ?

Chez les patients dont l'orientation palliative a été reconnue, la survie s'étendait de moins de 24h, à 42 jours, pour une **médiane de 3,5 jours**⁵⁵. De ces données, on peut extrapoler deux pistes de réflexion.

- La première, le repérage de ces patients relevant de soins palliatifs, si proche de l'échéance, implique, soit une sévérité extrême de la pathologie et ses comorbidités, soit d'un **défaut d'identification** précoce de ces patients ;
- La seconde, c'est que ces chiffres montrent que la survie peut s'étendre sur plusieurs semaines, appelant à une **prise en charge symptomatique** adaptée et efficace dans cet intervalle, pour espérer soulager le patient.

La difficulté de l'évaluation d'un patient présentant une ICC réside donc aussi dans la difficulté à stratifier le pronostic a priori. Dans ce sens, un outil prédictif⁷⁴, la **classification WiFi**, permet d'apprécier, en fonction des paramètres initiaux (W= Wound, soit l'aspect de la plaie éventuelle ; I = Ischémie, soit l'IPS initial ; Fi = foot infection), une stratification du pronostic, à la manière de la classification TNM. Ce score peut définir plus aisément quels patients seraient éligibles à des techniques de revascularisation, d'amputation, ou de prise en charge palliative seule. L'évaluation de la prise en charge d'un patient au stade d'ICC doit, là encore, relever d'une **approche pluridisciplinaire**, afin de peser le rapport bénéfice-risque, des possibilités thérapeutiques⁷⁵.

L'ICC est une pathologie dont la malignité tend à être comparée à celle d'une maladie oncologique. Son évolution est hétérogène, fonction de la gravité des lésions, de l'état général du patient, et des possibilités thérapeutiques. Le défi majeur est de pouvoir la diagnostiquer à un stade où la prise en charge vasculaire permettra de sauver le membre, ou d'améliorer le pronostic fonctionnel. Lorsqu'elle est impossible, le patient semble relever d'une prise en charge palliative, dont l'objectif est de soulager ses symptômes. La décision devrait relever d'une évaluation multidisciplinaire, avec le sujet.

1.2.3 Thérapeutiques à visée symptomatique dans l'ischémie critique chronique

Le principal symptôme est la douleur, mixte, induite par le phénomène d'ischémie chronique. Idéalement, sa prise en charge consiste en une approche étiologique, en levant l'ischémie. Cette douleur, comme le rappelle l'étude TASC, est difficile à soulager. Elle présente une physiopathologie imparfaitement comprise. Elle concerne une population présentant de nombreuses comorbidités, et donc une tolérance potentiellement moindre aux molécules et procédés envisageables. Plusieurs travaux rapportent les thérapeutiques disponibles, et leurs limites^{7,55,76-81} :

❖ Mesures physiques :

- **Exercice et mouvements dirigés** : une amélioration semble permise par des mobilisations actives et passives, à raison de 30 à 45 minutes/jour, plusieurs fois par semaine ;
- **Compression pneumatique intermittente** : comme expliqué en amont, la compression peut améliorer la perfusion du membre. Ce faisant, elle peut avoir un apport antalgique ;
- **Positionnement** du membre : ce positionnement doit viser à éviter une position surélevée, pour plutôt favoriser une mise en déclivité du membre, par rapport à la racine du membre.

❖ Approches médicamenteuses :

Devant la composante mixte de la douleur présentée, l'approche antalgique sera multimodale :

- **Antalgiques de palier I et II** : l'approche par paliers de l'OMS fait rapidement rendre compte de la nécessité d'une association du paracétamol avec un antalgique de palier III plutôt qu'avec un équivalent morphinique faible ;
- **Opioïdes** : ils permettent, après titration, une amélioration de la symptomatologie. Cette amélioration est souvent partielle, et se fait au détriment d'effets indésirables parfois non négligeables (notamment chez le sujet âgé avec plusieurs comorbidités), rendant nécessaire un traitement adjuvant spécifique de la douleur neuropathique ;
- **Gabapentine** : devant la composante neuropathique associée, cette molécule semble apporter un bénéfice antalgique, introduite à doses progressives, y compris dans les neuropathies associées à l'ICC. Le profil de tolérance rend nécessaire une augmentation progressive des doses : risque d'hallucinations, agressivité, somnolences, etc. Le bénéfice n'est pas immédiat. D'autres molécules antalgiques de ce type de douleur (par exemple, les antidépresseurs tricycliques) pourraient présenter un avantage semblable, mais peu de données sont disponibles ;
- **Lidocaïne** : des perfusions intraveineuses (IV) ont été décrites comme apportant un bénéfice antalgique supérieur à des apports IV de morphine, sans effet indésirable majeur sur le suivi immédiat. Cette surveillance était toutefois limitée car concernant les 30 minutes après l'injection ;

- **Kétamine** : Plusieurs études ont montré un intérêt antalgique de la kétamine, en perfusions lentes sur 4 heures, versus placebo, et par rapport à la morphine IV, avec un effet antalgique objectivé. Il n'y a pas de différence statistique entre l'effet antalgique de la kétamine et de la morphine aux temps t=5 et t=20min du contrôle. Cet effet antalgique s'atténue avec le temps. La kétamine entraîne des effets marginaux sur l'hémodynamique. Elle cause aussi des effets psychotropes pouvant être désagréables pour les patients ;
- Association de **buprénorphine transdermique + morphine/ropivacaïne péridurale** : cette association, habituellement proposée en attente d'une prise en charge chirurgicale, associe l'effet agoniste partiel de la buprénorphine, à celui de la morphine. Un effet antalgique est démontré, avec des interdoses moins fréquentes, et une qualité du sommeil rapportée comme meilleure. Les effets indésirables associés étaient liés à l'utilisation de la morphine, et étaient moins importants dans le groupe traité par buprénorphine, que dans le groupe contrôle, sans celle-ci. L'intérêt d'associer l'agoniste partiel serait de limiter les effets centraux de la morphine. Cette approche s'entend sur du court terme, et reste onéreuse ;
- **Vasodilatateurs périphériques** : certaines molécules (Cilostazol et Pentoxifylline) sont utilisées à visée symptomatique dans la claudication. Elles présentent un effet analgésique par la vasodilatation induite, et l'amélioration des conditions de perfusion locale. Cet effet est en réalité modéré (1 à 2 points sur l'échelle visuelle simple) retardé par rapport à la perfusion. Son utilisation au long cours a été peu étudiée. Sa tolérance était correcte.

❖ **Approches invasives** :

Plusieurs techniques interventionnelles et/ou anesthésiques sont décrites dans la littérature⁸²⁻⁸⁸ :

- **Sympathectomie lombaire** : une neurolyse (chimique, par radiofréquence, ou chirurgicale), de la chaîne sympathique lombaire peut être pratiquée chez des patients non accessibles à une revascularisation, en alternative à l'amputation. Elle permet une vasodilatation relative, améliorant les conditions de perfusion, et donc en théorie la douleur. Une revue Cochrane estime le bénéfice limité. D'autres études, plus anciennes, rapportent un bénéfice sur la douleur, la cicatrisation, et le devenir du membre, en mentionnant plusieurs complications : douleurs secondaires par névralgies sur repousse nerveuse, lésions nerveuses régionales, hématome du psoas. Cette approche, peu invasive ou onéreuse, encore pratiquée, présente des inconvénients, avec une efficacité suggérée sur un faible niveau de preuve.
- **Blocs périphériques continus** : la pose d'un cathéter tunnelisé sous-cutané, péri-nerveux sciatique, initialement indiquée en contexte post-opératoire, est aujourd'hui utilisée pour les douleurs liées à l'ICC. Par perfusion continue, ou discontinue, de Ropivacaïne, le dispositif permet une analgésie, une amélioration de la qualité de vie, et une reprise partielle d'autonomie. Il expose à un risque, faible, d'infection sur le trajet du cathéter. Il n'est pas décrit de toxicité, ni de passage systémique majeur. Le principal écueil est la durée de vie du cathéter, avec des déconnexions et chutes fréquentes, causant une acutisation des douleurs. Ce dispositif implique des contraintes : coût, logistique, accès à la molécule, formation des soignants notamment. Une HAD est souvent nécessaire à sa mise en place au domicile.

- **Neurostimulation médullaire des cordons postérieurs** : basée sur la théorie du « gate control », cette technique, par l'implantation d'électrodes dans les cordons postérieurs, vise à assurer une antalgie qui est effective, et objectivée dans la littérature. Les travaux ont montré une amélioration de la TcPO₂ en distalité des membres atteints, et une amélioration des plaies ulcérées, laissant à penser que cette stimulation, outre l'effet analgésique, permet une amélioration de la microcirculation. Celle-ci serait expliquée soit par une inhibition sympathique, soit la libération de substances vaso-actives. Ces effets sont même observés à distance de la mise en place du dispositif. Les inconvénients énoncés sont, là encore, le caractère très onéreux, le risque de chute du matériel, ou d'infection.

Plusieurs thérapeutiques sont décrites et utilisées pour la prise en charge symptomatique de l'ICC. Si la plupart permettent une amélioration, chacune présente ses limites et ses inconvénients : approches invasives, effet antalgique insuffisant ou non durable, procédé onéreux, faible preuve scientifique, effets indésirables, etc. Aucune ne semble à elle seule suffisante ou parfaitement satisfaisante. Le soulagement de la douleur liée à l'ICC passe par une approche plurielle et multimodale, avec une graduation possible vers des dispositifs plus invasifs.

1.3 Neurolyse alcoolique du nerf sciatique

1.3.1 À propos de l'histoire d'un patient

Créé en 1863, la Maison de santé protestante Bordeaux-Bagatelle prend en charge plus de 15000 patients en hospitalisation conventionnelle, et 4200 en hospitalisation à domicile par an. Elle dispose de 10 LISP, d'une EMSP, en lien constant avec des malades du domicile en HâD⁸⁹.

Parmi ces patients, certains présentent une AOMI, prise en charge par plusieurs équipes : Chirurgie vasculaire, Gériatrie, Plaie et cicatrisation. À un stade évolué, certains sont hospitalisés sur les LISP, pour évaluer et accompagner les symptômes douloureux, et les options thérapeutiques envisageables. Pour les situations les plus difficiles, la RCP douleurs complexes est mise en place. Elle peut rassembler les médecins des LISP, de douleur chronique, un anesthésiste, et un chirurgien vasculaire. C'est en assistant à l'une d'entre elle que ce projet de thèse a émergé.

Hospitalisé en LISP, Monsieur T., vivant à domicile, présentait une AOMI sévère, qui avait déjà conduit à l'**amputation** de sa jambe droite, et qui provoquait désormais au quotidien une douleur et de plaies de son membre inférieur gauche. Après échec d'une ultime tentative d'angioplastie, il avait bénéficié de la pose d'un **cathéter péri-nerveux**. Ceci l'avait soulagé, mais les chutes du dispositif, répétées, et associées à une recrudescence douloureuse, rendaient son application peu pérenne. Il **refusait tout nouveau geste d'amputation**, le membre amputé présentant des troubles de cicatrisation, et des douleurs de membre fantôme. Son souhait était de regagner son domicile sans douleur, en gardant son membre. L'avis de la RCP a été de proposer un **bloc analgésique définitif**, par neurolyse sciatique, réalisé par un des anesthésistes du centre.

Le caractère irréversible du geste, chez un patient utilisant partiellement sa jambe, pour participer aux transferts, a, dans un premier temps fait **refuser cette approche**. Mais l'évolution, au domicile, s'est compliquée de multiples hospitalisations, liées soit à des phénomènes douloureux persistants, soit aux conséquences des morphiniques. Le geste de neurolyse a de nouveau été proposé, et effectué, permettant au patient de retrouver son domicile soulagé, pour y décéder entouré de ses proches, sans symptôme ou inconfort majeur.

Cette technique semble avoir bénéficié au patient, sur le plan douloureux, et sur sa qualité de vie. Elle paraît aussi plus acceptable que l'amputation, à plusieurs égards. Elle soulève pourtant des questionnements éthiques, évoqués précédemment. Il existe en effet un conflit entre la volonté de soulager le patient à tout prix, et le risque de lui nuire en proposant une approche définitive, peu étudiée dans cette indication, qui entraîne un handicap, et un risque de douleurs secondaires suite à la repousse nerveuse, ne garantissant pas son innocuité. **Le principe du double effet** prend aussi son sens ici : l'intention de soulager le patient est sensée garantir que cette démarche est dans son intérêt, même au prix des conséquences du geste, qu'il accepte a priori. Pourtant, cela pose la question de l'autonomie dans le choix : le patient est-il vraiment libre de consentir, alors que son libre arbitre est soumis aux réalités de la maladie et ses conséquences ?⁹⁰

Pour que cette technique soit acceptable, elle suppose, en plus de cette réflexion éthique, d'être étudiée de façon objective, pour apporter une preuve scientifique d'un éventuel bénéfice.

1.3.2 Rationnel d'une approche neurolytique dans la douleur neuropathique

La neurolyse repose sur une **destruction chimique** des fibres nerveuses, par atteinte de la myéline et des parois axonales. Elle est effectuée en y injectant un alcool (éthanol, phénol). Cette technique peut également s'effectuer par thermocoagulation chirurgicale, ou par radiofréquence. Historiquement, les neurolyses alcooliques concernent des **nerfs moteurs**, dans la lutte contre la spasticité, chez les patients cérébro-lésés, traumatisés médullaires, et grands grabataires. Elles sont aussi utilisées, en douleur chronique, sur des algies cranio-faciales. En oncologie, la destruction de centres nerveux végétatifs permet aussi une analgésie de douleurs rebelles.

❖ **Bases anatomo-pathologiques et fonctionnelles**

Comme mentionné précédemment, si la douleur de claudication est principalement nociceptive, l'ischémie chronique entraîne des **lésions nerveuses périphériques** à l'origine de douleurs mixtes, et notamment neuropathiques. Étudiée dans plusieurs travaux, l'atteinte neurologique périphérique s'accompagne de remaniements moléculaires et électrophysiologiques. Ceux-ci sont à l'origine des symptômes présentés, et leur étude permet de comprendre les approches thérapeutiques en rapport, et le rationnel éventuel d'un bloc définitif⁹¹ :

- **Survenue de décharges ectopiques dans les fibres lésées** : les fibres A β et A δ lésées présentent une démyélinisation, et une surexpression de **canaux sodiques voltage-dépendants**. Ces canaux génèrent spontanément des **potentiels d'action**. Ceux-ci, par leur nombre important, et par une vitesse de conduction rendue très lente par l'absence de myéline, vont entraîner une dépolarisation qui va **s'auto-amplifier**. Ce phénomène aboutit à un « tir de barrage » sur la corne postérieure de la moelle. Bien que non nociceptives de nature, ces fibres vont, par leur fréquence de projection sur la moelle, entraîner un stimulus des terminaux de la nociception, par **dépolarisation croisée** (mise en cause probable des interneurons). C'est sur ces canaux que s'opère l'effet thérapeutique de la lidocaïne (antagoniste), et de la carbamazépine/lamotrigine (stabilisateurs). Il est aussi montré que ces neurones lésés subissent des **changements phénotypiques**, et expriment des neurotransmetteurs propres aux neurones nocicepteurs (la substance P notamment).;
- **Activité anormale dans les fibres non lésées** : les données expérimentales montrent une surexpression de récepteurs TRPV1, de facteurs neurotrophiques (BNDF : Brain Derived Neurotrophic Factor), et de neurotransmetteurs nociceptifs (CGRP : Calcitonin Gene Related Peptide) au niveau du ganglion spinal en rapport avec l'afférence lésionnelle. Ces modifications sont toutes pro-nociceptives. Dans les fibres C, nociceptives, non concernées par la lésion, une altération de leur fonctionnement, pro-nociceptive, est aussi observée ;
- **Surexpression des canaux calciques** : une fois les potentiels d'actions créés dans la fibre lésée, ceux-ci gagneront le ganglion spinal et la corne postérieure de la moelle. La différence de potentiel activera les canaux calciques voltage-dépendants, eux-mêmes à l'origine de la libération de neurotransmetteurs nociceptifs. On note une densité plus importante de ces canaux dans le ganglion spinal et la corne postérieure en cas de lésion distale, ce qui contribuerait un peu plus à la dérégulation de la nociception. On parle de **sensibilisation centrale**. Ces canaux sont la cible de la Prégabaline et de la Gabapentine ;

- **Production de facteur de croissance et de récepteurs adrénérgiques** : la lésion entraîne la production d'un facteur de croissance nerveux (NGF : Nerve Growth Factor). Ce facteur implique une **neurogénèse**, à partir des fibres nerveuses sympathiques des vaisseaux du ganglion spinal, en direction de ce dernier. Ces fibres libèrent des catécholamines qui activeront anormalement les fibres C, car leur phénotype exprimera désormais des quantités élevées de récepteurs α . Ces modifications phénotypiques seront secondaires aux mécanismes évoqués plus haut. L'activation des fibres C participe à la douleur, notamment dans sa dimension thermo-algique.

Ces modèles restent des expérimentations animales, après lésion nerveuse mécanique. Elles doivent être extrapolées à l'Homme avec précaution. Dans le cadre des lésions neurologiques ischémiques, la physiopathologie exacte n'est pas parfaitement comprise. On sait malgré tout que cette lésion nerveuse est réelle, comme évoqué plus haut, avec un diamètre des fibres nerveuses significativement diminué. On imagine donc que les mêmes mécanismes pathologiques s'opèrent.

On estime que la neurolyse alcoolique, en **interrompant la transmission** de la dépolarisation périphérique, pourrait améliorer le symptôme douloureux. Elle n'aurait, cependant, pas d'effet sur les **remaniements spinaux** dans l'immédiat. La limite dans le temps de cette approche est le risque de **régénérescence** de la fibre nerveuse. Elle s'opère en 3 à 6 mois, et aboutit à des névromes douloureux. Même si une nouvelle alcoolisation semblerait envisageable, ceci n'a pas été étudié. C'est pour ces raisons que la SFETD (Société Française d'Évaluation et de Traitement de la Douleur) préconise un recours à de tels gestes uniquement chez des patients bien sélectionnés, dont le pronostic vital est engagé à court terme.

❖ Indications, contre-indications :

Un bloc définitif est indiqué en cas de **douleur d'origine neuropathique**. Cela suppose une évaluation clinique rigoureuse de la douleur, avec la réalisation d'un questionnaire DN4. La SFETD rappelle que c'est **une technique de dernier recours**, après échec des approches conservatrices, bien conduites⁹². Plusieurs équipes proposent la réalisation d'un **bloc anesthésique préalable** dans le territoire où sera effectuée la neurolyse, pour présumer de l'efficacité de la neurolyse. Le geste s'inscrit aussi dans une prise en charge antalgique multi-modale.

La principale contre-indication est le **refus du patient**, à laquelle s'ajoute une survie attendue supérieure à 3 mois, une infection active, ou des troubles de coagulation importants.

A titre d'exemple, on trouve plusieurs indications aux neurolyses, en situations palliatives : réalisation de blocs sympathiques (plexus célique, plexus hypogastrique, ganglion stellaire), de blocs intercostaux, avec des résultats qui semblent satisfaisants^{93,94}. On ne retrouve pas de description de la technique de neurolyse alcoolique sciatique dans la littérature.

❖ Quelle molécule injecter :

Les blocs sont réalisés en utilisant du phénol ou de l'éthanol. Si l'un comme l'autre semblent apporter la même analgésie, ou le même profil de complications, l'éthanol semble apporter un **répit de 3 à 6 mois**, contre 2 à 3 mois pour le phénol, avant reformation de l'axone^{94,95}.

❖ Complications :

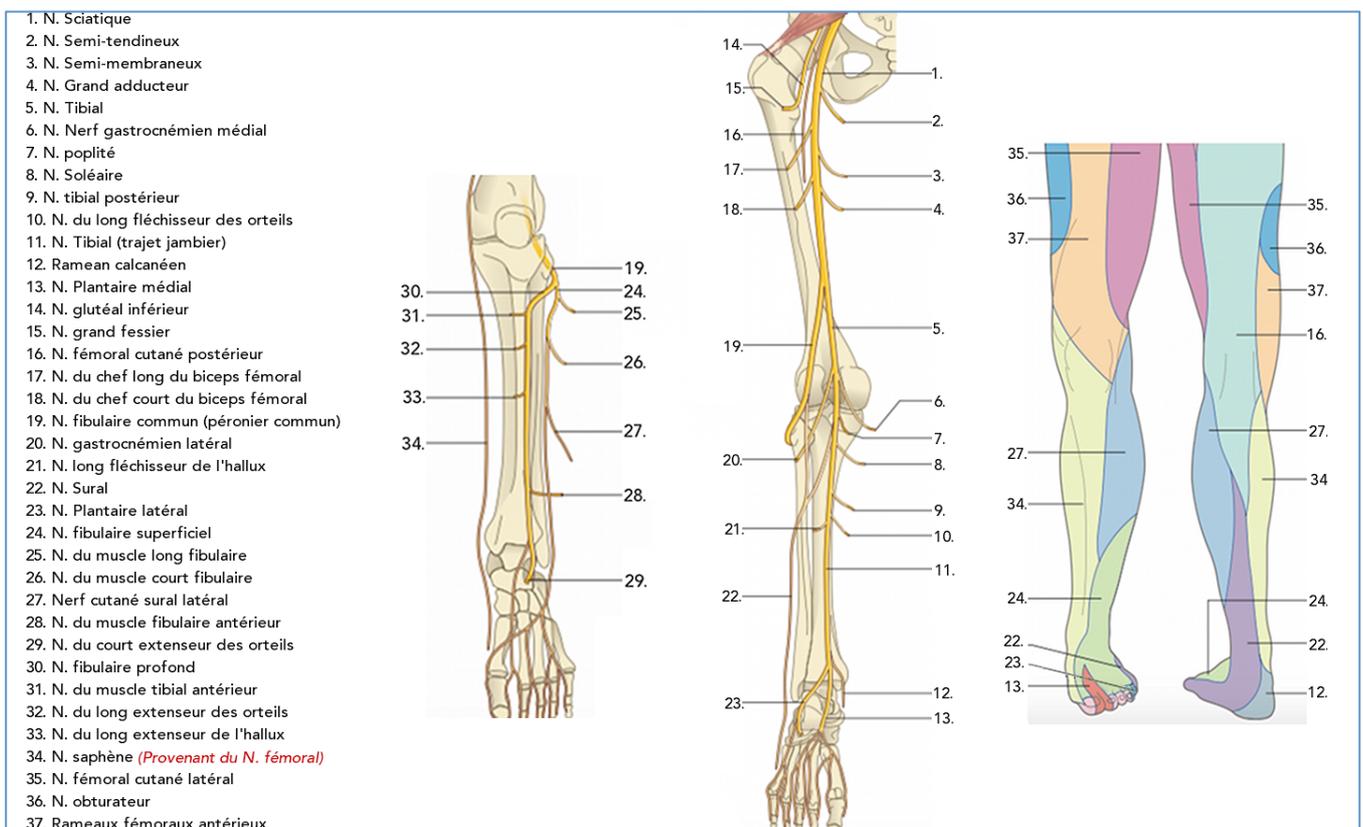
Comme tout acte invasif, les complications attendues sont une augmentation du **risque infectieux**, un **risque hémorragique**. L'alcool injecté peut endommager les tissus adjacents par toxicité directe (nécrose musculaire, des tissus mous). Si la neurolyse est incomplète, le risque est une majoration de la douleur et des paresthésies associées. L'alcoolisation d'un motoneurone entraîne une **paralysie flasque**. Un passage systémique est à risque de toxicité hépatique⁹⁵.

L'atteinte nerveuse périphérique à l'origine des douleurs neuropathiques s'accompagne de remaniements histologiques et moléculaires, probablement aussi en cause lors de l'atteinte ischémique du membre inférieur. Ces modifications entraînent une activité périphérique et centrale anormale, des fibres lésées et non lésées, où tout concourt à former, déréguler, et amplifier un message pronociceptif, à l'origine du tableau présenté. Les techniques de neurolyse, effectuées par alcoolisation, s'envisagent alors en dernier recours, pour rompre la transmission d'un tel signal. Elles font espérer une réelle analgésie, mais font aussi craindre certaines complications aiguës, ou au long cours.

1.3.3 Modalités de réalisation de l'alcoolisation

❖ Repères anatomiques :

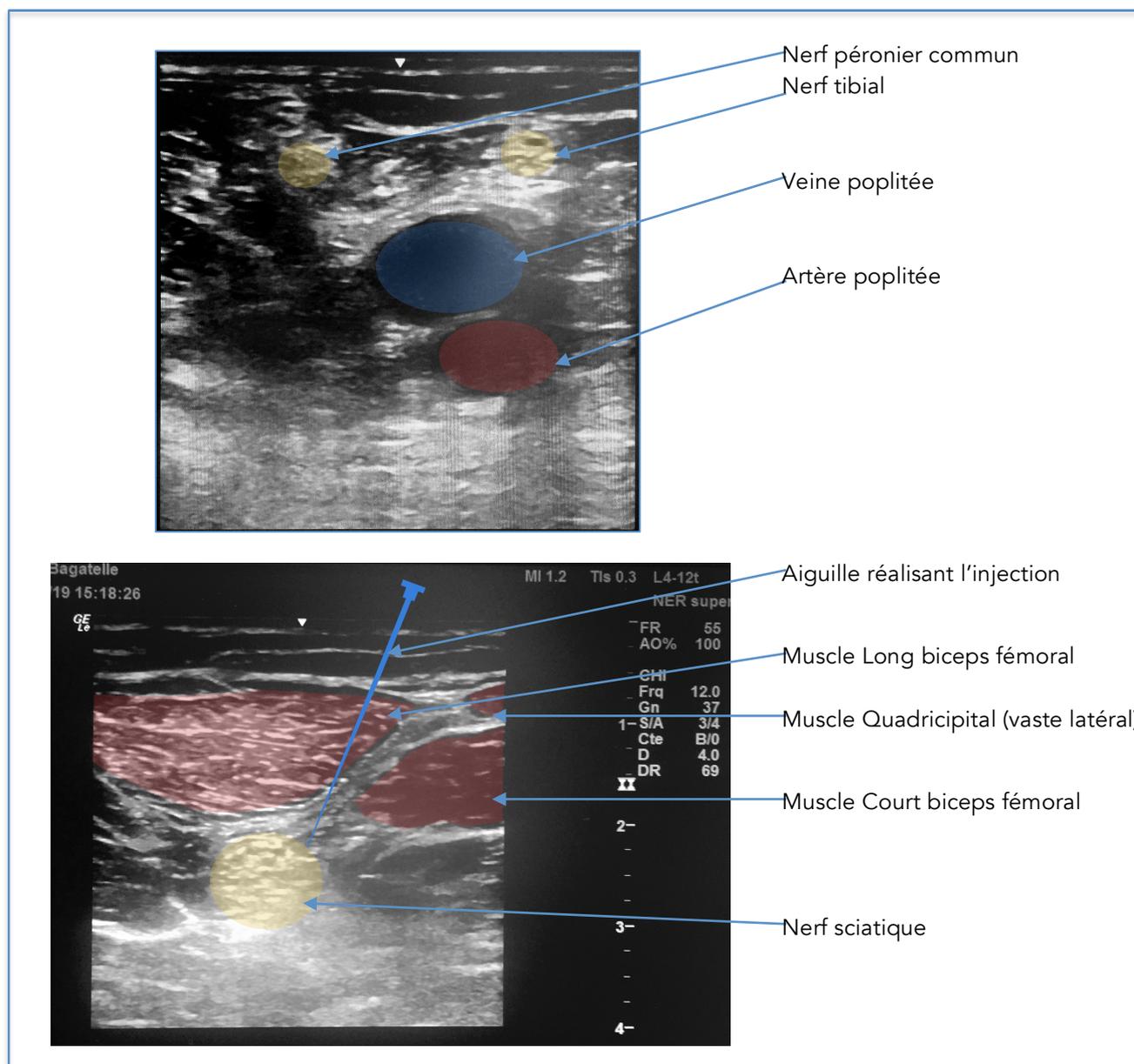
Le nerf sciatique naît des racines L4, L5, S1, S2 et S3. C'est le plus gros nerf de l'organisme, mesurant jusqu'à 2 cm de diamètre. Il parcourt, avec ses ramifications, l'ensemble du membre inférieur, jusqu'à sa division en **nerf tibial et nerf fibulaire (péronier) commun**. Ce point de division est sujet à variations selon les anatomies. Sa fonction est **mixte** : motrice, par innervation des muscles responsables de la flexion de la jambe sur la cuisse ; sensitive, par innervation des territoires cutanés comme figuré ci-dessous. Par ses rameaux distaux, il est aussi responsable de la mobilité du pied, et de son innervation sensitive⁹⁷.



Anatomie du nerf sciatique et innervation sensitive de la cuisse et la jambe. D'après le Gray's Anatomy⁹⁷

❖ Déroulement du geste :

L'alcoolisation est réalisée sous contrôle échographique. Le repérage est effectué en partant du creux poplité, pour remonter jusqu'à la division du nerf sciatique en nerf péronier commun et en nerf tibial. La neurolyse est réalisée juste en amont de cette division, comme figuré ci-après :



La voie d'abord est **postéro-latérale**. Après repérage, l'aiguille est introduite sous **la gaine fibreuse du nerf sciatique**. Une anesthésie locale est réalisée par injection d'environ 5 à 10mL de xylocaïne. Après 5 min, selon le même trajet, la solution d'alcool (éthanol, 97%) est injectée, à raison d'environ 15 mL, après test d'aspiration.

Les suites opératoires sont simples, le geste étant réalisé sous anesthésie locale. La surveillance est effectuée dans le service d'où provient le patient.

La neurolyse alcoolique du nerf sciatique est une technique dont la réalisation est simple, rapide, et peu onéreuse. Elle repose sur l'injection d'une solution d'alcool dans la gaine du nerf sciatique, après anesthésie locale par xylocaïne, sous contrôle échographique. Les suites opératoires sont simples.

Partie II : Matériel et méthode

2. Matériel et méthode

2.1 Approche retenue

Ce travail est une **étude descriptive mono-centrique**. Elle se base sur un recueil **rétrospectif**, de Janvier 2017 à Avril 2019, sur le service de LISP de la MSPB.

2.2 Population de l'étude

Les critères d'inclusion des patients dans ce travail étaient : diagnostic d'artériopathie des membres inférieurs de **grade III ou IV**, au stade d'ICC. Le patient présentait des symptômes **douloureux non soulagés**, et devait être hospitalisé sur les LISP. Il devait avoir apporté son consentement au geste. **Les critères de non inclusion** étaient : AOMI non symptomatique ou bien contrôlée par traitement, patient accessible à prise en charge vasculaire spécifique.

2.3 Mode de recueil, analyse des données

Les données étaient issues des dossiers médicaux des patients hospitalisés sur les LISP. L'identification des dossiers d'intérêt a été permise en les recherchant par leur **codage PMSI**. Ainsi, tous les dossiers associant le code « Soins Palliatifs » et « AOMI » ont été consultés. Si un de ces patients regagnait son domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, au sein de la MSPB, son dossier était consulté pour obtenir des informations sur son devenir.

L'objectif principal étant d'étudier l'impact d'une intervention sur la qualité de vie, il semblait justifié d'utiliser une des échelles évoquées précédemment. Mais le caractère rétrospectif du recueil, par le manque de données, a rendu cette approche inenvisageable. Par conséquent, au regard des recherches bibliographiques effectuées, les critères de jugement suivants ont été retenus, considérés comme gages de qualité de vie :

- **l'amélioration des symptômes douloureux ;**
- **les complications liées au geste ;**
- **les possibilités de retour à domicile ;**
- **le nombre de ré-hospitalisation.**

En ce sens, les caractéristiques générales de la population étaient décrites telles que le recommande l'EAPC⁹⁶ : âge, sexe, degré d'autonomie (annexe 2), existence de troubles cognitifs.

Concernant l'évaluation de la douleur, celle-ci était mesurée soit par **échelle numérique simple**, de 0 à 10, soit par **l'échelle d'observation comportementale** modifiée, pour les patients non communiquant, telle qu'utilisée au CHU de Bordeaux et à la MSPB (annexe 4). Elle est également cotée de 0 à 10.

La nature neuropathique de la douleur était recherchée, à partir du **questionnaire DN4** (annexe 3).

Les **doses d'antalgiques** (morphiniques, anti-neuropathiques), leur tolérance, leur efficacité, étaient également relevées. Pour comparer les doses de morphiniques, elles étaient converties, selon le tableau d'équi-analgésie de la SFAP, en équivalent morphine per os.

Les thérapeutiques **non-médicamenteuses** éventuelles, et les **dispositifs invasifs** étaient aussi relevés.

Le **processus décisionnel** était recherché : le souhait du patient, son attitude face à la proposition d'alcoolisation, et le projet de vie, étaient étudiés, lorsque colligés dans le dossier. Le caractère pluri-professionnel et collégial de la démarche était recherché. De même que la recherche de l'expression éventuelle de DA, ou de désignation de la PDC. Le lien auprès du médecin traitant, connaissant bien son patient, et devant assurer le suivi ultérieur au domicile, était vérifié.

Les **variables quantitatives** étaient résumées par leur moyenne et écart type, ou par leur médiane, selon leur distribution. Si la distribution était normale (vérification par le test de Shapiro-Wilk), les moyennes étaient exprimées par leur intervalle de confiance, au risque $\alpha = 5\%$. Les moyennes étaient comparées par le test t de Student sur échantillons appariés. Le cas contraire, l'intervalle de confiance exact, propre aux statistiques non paramétriques, était utilisé. Les moyennes étaient, dans ce cas, comparées par le test de Wilcoxon, sur groupes appariés. Si les conditions requises étaient respectées (Test de Shapiro-Wilk, test de Bartlett), une analyse des variances, ANOVA, était effectuée pour rechercher une association entre la variable « intensité moyenne de la douleur », et un éventuel facteur concomitant.

Les **variables qualitatives** étaient décrites et dénombrées.

L'**analyse statistique** était réalisée par les logiciels Excel et l'R, après anonymisation des données. Le recueil étant rétrospectif, concernant des dossiers médicaux, l'avis auprès du CPP n'était pas nécessaire. Si, à la fin de la période d'étude, un patient était rapporté comme toujours en vie, une fiche d'information était remise, et le consentement, recherché. L'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL.

Partie III : Résultats

3.1 Caractéristiques des patients et de leur pathologie vasculaire

Ce premier développement décrit le recrutement des patients, leurs principales caractéristiques générales, et la pathologie vasculaire dont ils ont souffert.

3.1.1 Recrutement de l'échantillon étudié

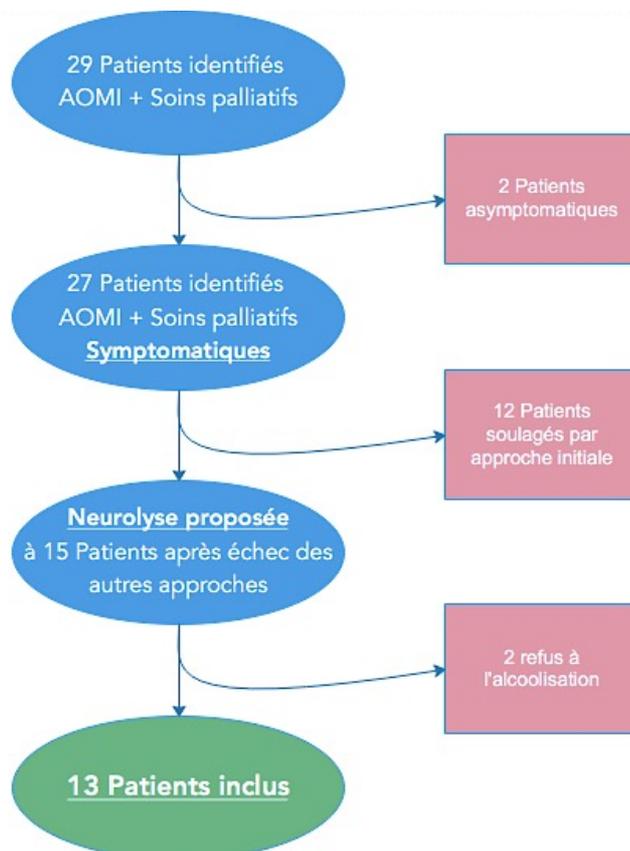


Figure 1. Procédé d'inclusion des patients dans l'étude

L'identification des dossiers médicaux d'intérêt, par le codage PMSI, a permis de repérer 29 patients. Parmi eux, deux situations étaient en fait des patients pauci-symptomatiques sur l'artériopathie. La problématique concernait respectivement une demande d'euthanasie pour l'un, et une prise en charge de souffrance globale, dans le cadre d'un cancer associé, pour l'autre.

Pour les 27 patients dont les symptômes étaient causés par leur pathologie artéritique, 12 avaient trouvé une amélioration par l'**attitude initiale** (médicamenteuse, ou par pose de cathéter péri-nerveux), sans qu'une nouvelle hospitalisation sur la période d'étude soit rapportée.

Pour les 15 patients restants, la neurolyse était proposée, devant l'absence de soulagement. Après deux refus catégoriques à cette approche, c'est finalement **13 patients qui en bénéficiaient, et qui ont donc été inclus dans ce travail.**

3.1.2 Données générales et comorbidités des patients

Sept hommes et six femmes ont bénéficié de l'alcoolisation du nerf sciatique.

L'âge médian était de 91 ans, avec des âges s'échelonnant de 75 ans, jusqu'à 96 ans.

On observait un **niveau d'autonomie globalement altéré**, avec un Palliative Performance Scale moyen évalué à $45 \pm 4,7\%$. Ces patients présentaient une maladie avancée, avec une incapacité à accomplir la majeure partie des actes de la vie quotidienne. Pour autant, la majorité de ceux-ci ($n = 11$) vivait à **domicile** avant l'hospitalisation. On y retrouvait alors des aides. Au minimum, **l'entourage familial** était décrit ($n = 7$). Un **passage IDE** était organisé ($n = 3$), avec le concours des **auxiliaires de vie** ($n = 4$). Quatre étaient **déjà accompagnés par l'HAD**, faisant suite à une précédente hospitalisation en LISP.

L'autre lieu de vie retrouvé était **l'EHPAD** ($n = 2$).

Les sujets étaient soit veufs ($n = 6$), mariés ($n=5$), ou célibataires ($n = 2$).

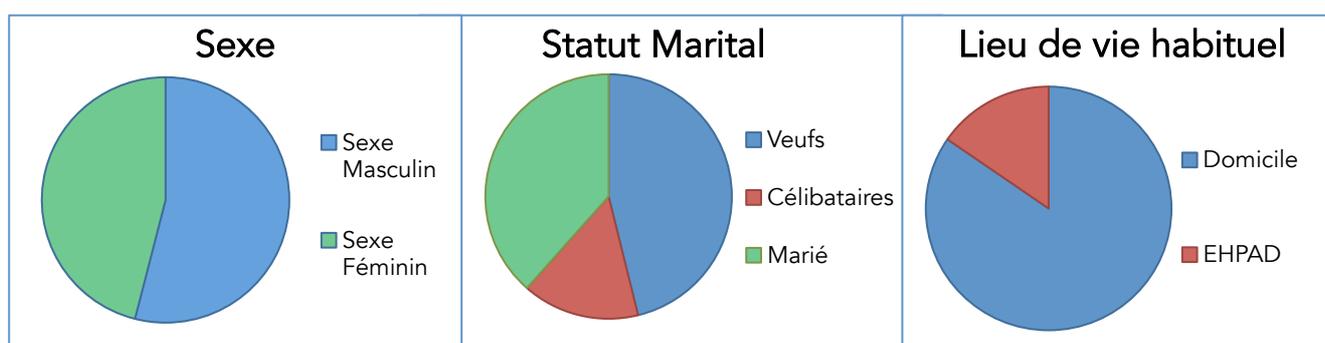


Figure 2. Caractéristiques générales de la population

Concernant les comorbidités des patients, la figure 3, ci-après, en rapporte les principales :

On retrouvait chez les patients des **facteurs de risque cardio-vasculaires**, puisque tous les patients présentaient, au minimum, une hypertension artérielle. Un **diabète de type 2** était retrouvé chez plus d'un tiers des patients ($n = 5$). Quatre patients étaient **d'anciens fumeurs** ($n = 6$). Il était retrouvé une **dyslipidémie** chez trois d'entre eux.

L'antécédent cardio-vasculaire le plus souvent noté ($n = 10$) était un **trouble du rythme** à type de fibrillation atriale, ou de maladie rythmique de l'oreillette. Six patients avaient été pris en charge pour une **cardiopathie ischémique** dans le passé. De même, six avaient un antécédent d'**accident vasculaire cérébral**. Enfin, environ un tiers des patients accusait d'une **démence**, d'origine vasculaire à mixte, ou une **valvulopathie** (respectivement, pour les deux antécédents, $n = 4$).

Plusieurs patients de l'échantillon présentaient une insuffisance d'organe : **insuffisance cardiaque**, définie par une FEVG $<35\%$ ($n = 6$) ; **insuffisance rénale grade IV ou plus** ($n = 4$) ; **insuffisance respiratoire chronique** compliquant leur tabagisme ($n = 2$).

On trouvait plusieurs facteurs ou antécédents favorisant une fragilité des patients. En plus de la démence déjà décrite, dix patients étaient **dénutris**. Pour plus de la moitié (n = 7), il y avait un antécédent de **chute avec complications orthopédiques** (fractures du col fémoral, de la tête fémorale, ou des os du poignet). Enfin, pour trois d'entre eux, on notait un antécédent de **cancer solide**, actif ou non.

Pour finir, huit patients présentaient d'autres antécédents sans lien direct avec la pathologie vasculaire, ou l'état général du sujet : on retrouve ainsi une gastrite chronique (n = 1), une DMLA (n=1), une obésité (n = 1), une colopathie fonctionnelle (n = 1), un rhumatisme inflammatoire (n = 1) et une insuffisance veineuse (n = 2).

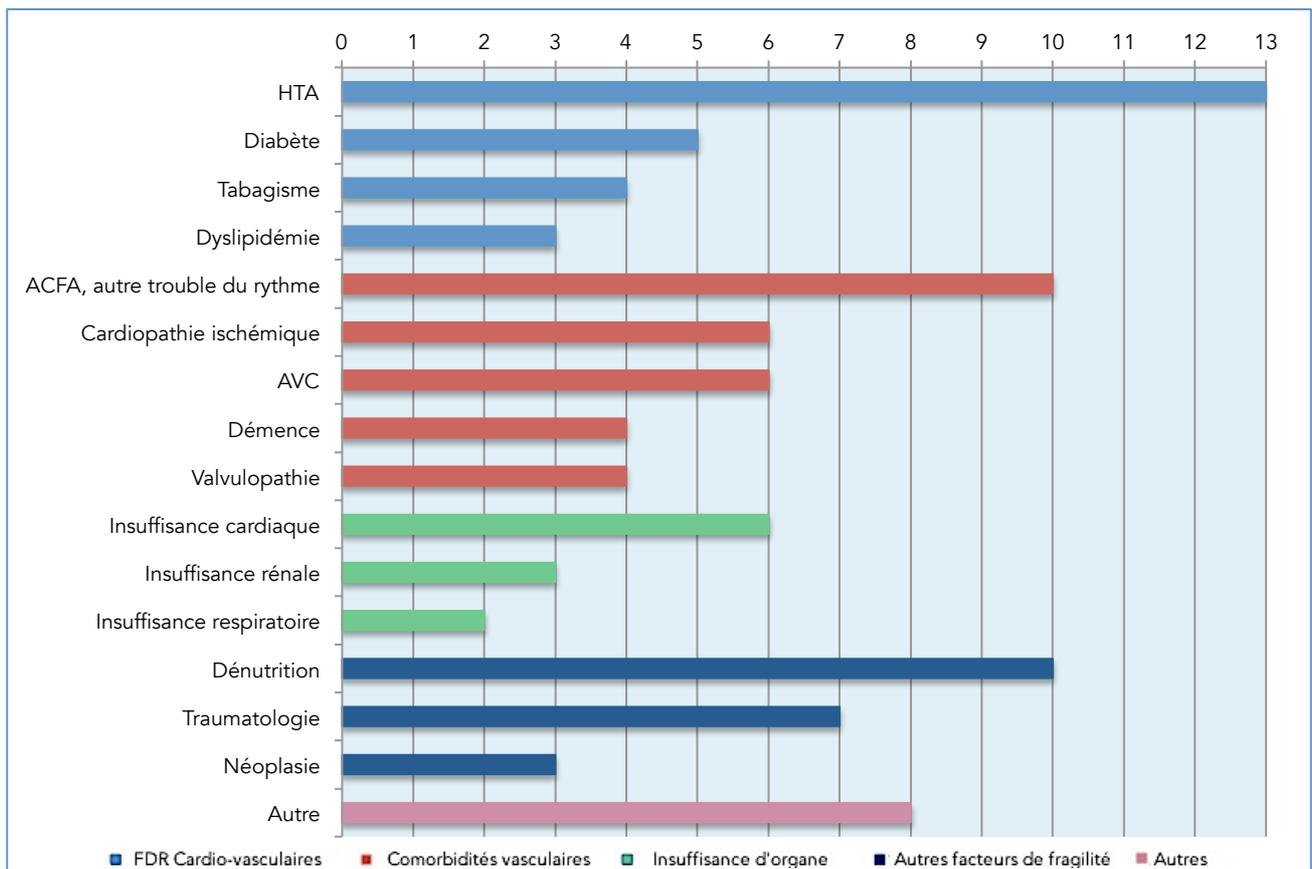


Figure 3. Comorbidités des patients de l'étude

3.1.3 La pathologie artéritique : histoire des patients et de leur prise en charge

Tous les patients ayant accepté l'alcoolisation présentaient une **AOMI de stade IV** selon la classification de Leriche-Fontaine. On retrouvait systématiquement une **douleur au repos du membre**, associée quasi-constamment à des **plaie(s) chronique(s) nécrotique(s)** (n = 12). L'ICC était définie par la clinique et la mesure pathologique des IPS en échographie-doppler.

La **durée médiane** entre le diagnostic de l'AOMI, et la survenue de l'ICC, était **de 1 an**, s'étendant de 0 (diagnostic d'emblée au grade d'ICC) à 5 ans d'évolution.

Les troncs artériels concernés étaient les suivants :

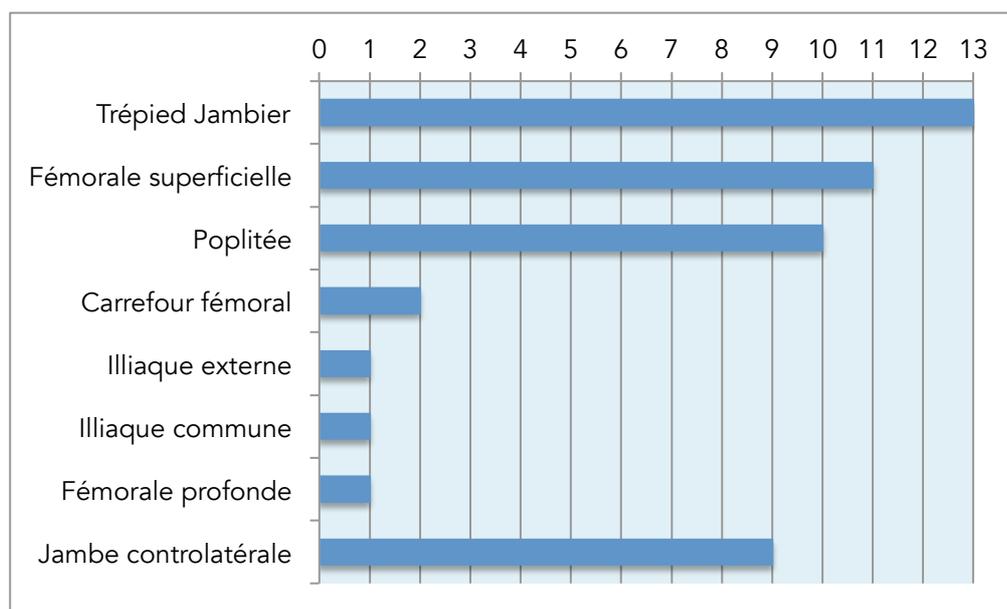


Figure 4. Atteintes artérielles retrouvées chez les patients de l'étude

Une **atteinte sous-poplitée** était retrouvée chez tous les patients de l'étude. Dans une moindre mesure, les troncs supra-poplités étaient également concernés. Il pouvait exister une atteinte de la **jambe controlatérale**, tous troncs confondus (n = 9).

Avant l'admission en LISP, décrite dans ce travail, les patients avaient été hospitalisés à plusieurs reprises pour leur AOMI. En moyenne, **1,9 ± 0,7 hospitalisations** avaient eu lieu sur la MSPB, en LISP, en service de gériatrie, plaies-cicatrisations, ou en chirurgie vasculaire. Ces prises en charge antérieures avaient été les suivantes :

- une ou plusieurs tentative(s) de **revascularisation** avaient été intentées, sur le membre symptomatique (n = 4 patients). Les interventions concernées avaient consisté en une re-canalisation poplitée avec pose de stent (n = 2), une dilatation de la fémorale superficielle (n = 3), ou une re-canalisation de l'artère tibiale antérieure (n = 1). On retrouvait un **échec de prise en charge**, à un mois, chez la moitié des patients revascularisés (n = 2), avec re-thrombose in-situ ;

- un avis auprès d'une **EMSP** avait été sollicité chez quatre patients ;
- près d'un quart des patients avait bénéficié d'une tentative de **revascularisation sur le membre controlatéral** ;
- enfin, un quart (n=3) des patients avait subi une **amputation du membre controlatéral** : au niveau de la cuisse (n=2), ou en trans-tibial (n=1).

Finalement, le dernier avis vasculaire préconisé, dans l'histoire des patients, avant l'orientation vers les LISP, était le suivant :

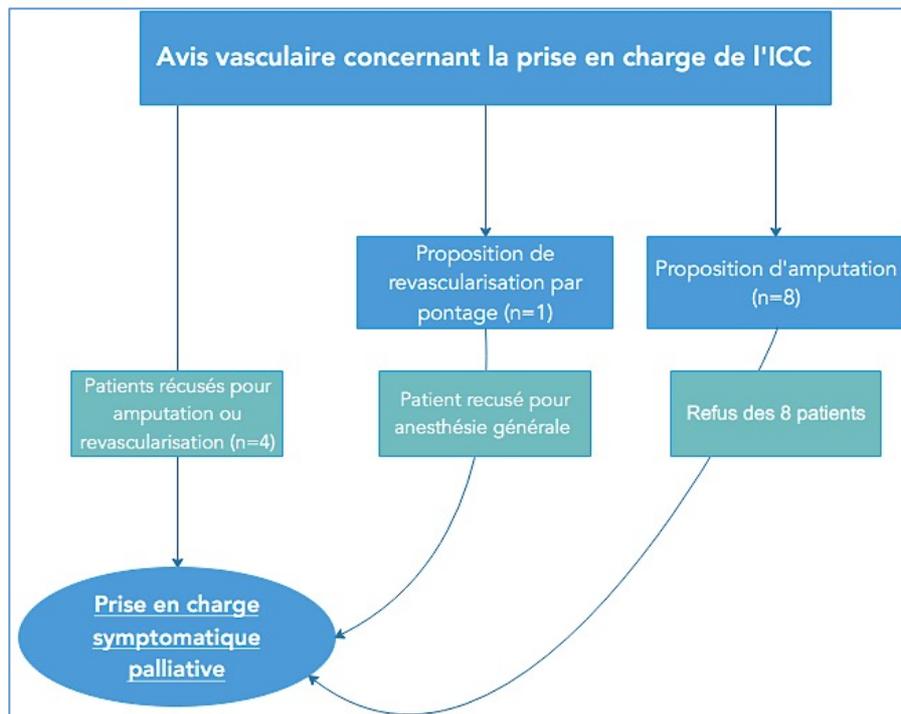


Figure 5. Orientation palliative de la prise en charge vasculaire des patients étudiés

Suite à l'échec ou à l'impossibilité des prises en charges antérieures, cette figure illustre les ultimes propositions du chirurgien vasculaire, avant que le patient ne soit finalement orienté vers l'équipe de soins palliatifs. Pour quatre patients, cette évolution était décidée d'emblée, devant **l'impossibilité à effectuer un geste vasculaire, ou une amputation**. Un des patients s'était vu proposer un pontage, finalement **recusé lors de la consultation d'anesthésie**. Enfin, huit patients avaient **refusé l'amputation proposée**.

Les 13 patients inclus dans ce travail étaient des sujets âgés, poly-pathologiques, avec un risque cardiovasculaire élevé, et des facteurs de fragilité. Ils présentaient une perte d'autonomie. La majorité vivait à domicile. Ils présentaient une AOMI de grade IV, au stade d'ICC, symptomatique, responsable de plusieurs hospitalisations. Les approches vasculaires avaient échoué, ou n'étaient pas réalisables chez ces patients. L'amputation n'était pas envisageable, ou souhaitable. L'orientation en soins palliatifs était alors retenue pour soulager la douleur, et penser le devenir du patient.

3.2 L'admission en LISP : de l'évaluation initiale à la neurolyse

3.2.1 Évaluation initiale et premières mesures antalgiques

Le tableau 1, ci-après, décrit les patients lors de leur évaluation initiale, à l'admission en LISP. Les patients inclus étaient en **phase palliative symptomatique** pour la majorité (n = 10). Les trois patients restant, en **phase terminale**.

❖ Évaluation de la douleur :

On retrouvait une évaluation du **caractère neuropathique** de la douleur chez 5 patients. Le questionnaire DN4 était rapporté comme **irréalisable dans quatre des cas** (n = 4). Il n'était pas mentionné (ou évalué) pour autant de patients. Tous les DN4 réalisés étaient **positifs**.

L'intensité douloureuse était mesurée **sur l'EN ou sur l'EOC**, cette dernière concernant les trois patients en phase terminale. L'intensité moyenne était de **7,1/10 [6,15 ; 8,05]**. Il existait des **paroxysmes douloureux** spontanés et à la réalisation de pansements chez tous les sujets.

Le siège de la douleur était, chez la majorité, de **territoire sciatique** (n = 8). Elle était décrite comme diffuse, non évaluable, ou non évaluée par ailleurs.

❖ Thérapeutiques antalgiques préalables à l'hospitalisation :

Les thérapeutiques prescrites étaient, d'abord, un antalgique de palier I (paracétamol), chez tous les patients. S'y associait, une **prescription de morphiniques** (n = 10), selon les modalités de la figure 6. À l'admission, la dose moyenne, après conversion en équivalent morphine per os, était de **33 mg [17,5 ; 48,5]**. L'intervalle de confiance trouvait des bornes larges, du fait d'une dispersion importante des valeurs (de 20mg de morphine PO, jusque 40mg d'oxycodone PO). On retrouvait, chez les sujets sous palier III, la survenue **d'effets indésirables** : confusion (n = 3), survenue d'une rétention aigüe d'urine (n = 2), hallucinations (n = 1), nausées (n = 1).

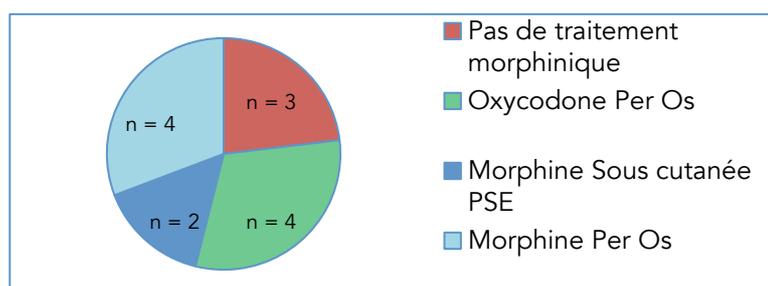


Figure 6. Répartition des traitements morphiniques chez les patients étudiés

Une co-analgésie à visée **anti-neuropathique** était présente chez quatre patients. Les molécules retrouvées étaient la Prégabaline (n = 3), et la Gabapentine (n = 1). Pour un de ces patients, sous prégabaline, on notait une mauvaise tolérance (survenue d'hallucinations).

Enfin, cinq des patients s'étaient vu proposer un **bloc continu périphérique** par naropéine. Bien qu'efficace, on décrivait, chez tous les patients concernés, des **limites** : chute du cathéter, dysfonction, fuite. Ceci occasionnant une **recrudescence** des symptômes douloureux.

Tableau 1 : Évaluation des patients à l'entrée en LISP	
<u>Phase d'évolution de la pathologie :</u>	
- Phase palliative symptomatique	n = 10
- Phase palliative terminale	n = 3
<u>Symptômes à l'admission :</u>	
- Douleur du membre artéritique concerné :	n = 13
- Plaie nécrotique :	n = 12
- <i>Hallux/Orteil</i> :	n = 7
- <i>Talon</i> :	n = 5
- <i>Jambe</i> :	n = 3
- Anxiété, humeur triste :	n = 5
- Asthénie :	n = 4
- Perte d'autonomie :	n = 3
- Douleur controlatérale de membre fantôme :	n = 2
- Troubles de la vigilance, confusion :	n = 2
<u>Évaluation de la douleur :</u>	
- Utilisation EN :	n = 10
- Utilisation EOC :	n = 3
- Utilisation DN4 :	n = 5
<u>Type de la douleur :</u>	
- DN4 réalisés positifs :	n = 5
- Valeur Moyenne des DN4 réalisés :	6 ± 1,6
<u>Siège de la douleur :</u>	
- Sciatique :	n = 8
- Diffuse :	n = 2
- Non évaluée :	n = 2
- Non évaluable :	n = 1
<u>Intensité de la douleur :</u>	
- Moyenne EN/EOC :	7,1 ± 0,9
<u>Thérapeutiques antalgiques non invasives à l'entrée :</u>	
- Antalgiques de Palier 1 :	n = 13
- Antalgiques Morphiniques :	
- <i>Patients concernés</i> :	n = 10
- <i>Dose moyenne en équivalence morphine PO</i> :	25,4 ± 14,1 mg
- <i>Survenue de complications chez les sujets traités</i> :	n = 4
- Antalgiques anti-neuropathiques :	n = 4
- <i>Gabapentine</i> :	n = 1
- <i>Pregabaline</i> :	n = 3
- <i>Survenue de complications chez les sujets traités</i> :	n = 1
- Thérapeutiques non médicamenteuses :	0
<u>Thérapeutiques invasives :</u>	
- Bloc continu par cathéter péri-nerveux de naropéine :	
- <i>Patients en ayant bénéficié</i> :	n = 5
- <i>Patients toujours porteurs du dispositif à l'entrée en LISP</i> :	0

❖ Prise en charge antalgique initiale :

Au vu du tableau douloureux non contrôlé, les thérapeutiques antalgiques étaient revues chez tous les patients. Ces modifications avaient pour objectif de soulager le patient, notamment le temps de la mise en place de la démarche décisionnelle, en attendant une solution plus pérenne. Elles étaient les suivantes :

- Concernant les traitements par morphiniques : La morphine était introduite chez deux patients, et stoppée pour un autre devant la survenue d'EI. **Onze patients** avaient donc un traitement morphinique avant la neurolyse. Dans ces adaptations, la dose de morphine était augmentée (n = 5). On notait un cas de surdosage, faisant revoir la prescription à la baisse, sans autre effet indésirable. Au total, la **dose moyenne** de morphine avant alcoolisation était de **47,3 mg [29,7 ; 64,9]**.
- Concernant les traitements antalgiques à visée neuropathique : on notait une proportion stable de patients traités par ces antalgiques, le traitement ayant été introduit chez deux patients, mais arrêté chez autant devant la survenue d'EI. La dose de prégabaline était augmentée chez un des patients.
- Concernant les autres approches médicamenteuses, non médicamenteuses : on notait une prescription de **kinésithérapie** chez un patient. Le **MEOPA** était utilisé pour autant de patients, lors de la réfection des pansements. Deux autres recevaient des instillations locales, hors AMM, de Naropéine, et de xylogel, dans cette même situation.
- Concernant les traitements invasifs : sur les cinq patients ayant déjà bénéficié d'un bloc périphérique, deux se voyaient poser un nouveau cathéter péri-nerveux. Quatre patients en bénéficiaient pour la première fois. Une infiltration locale péri-sciatique de naropéine et de corticoïdes était réalisée chez un patient. Deux des six cathéters posés ou re-posés présentaient un **dysfonctionnement**.

Il n'était pas décrit de thérapeutique non médicamenteuse à visée antalgique dans les dossiers étudiés. Par ces mesures, avant neurolyse, l'intensité de la douleur était en moyenne de **2,4 ± 1,3**, constituant une amélioration significative par rapport à l'entrée ($p = 0,0002$).

L'évaluation à l'entrée en LISP trouvait des patients en phase palliative symptomatique à terminale, présentant une douleur de forte intensité sur l'EN ou l'EOC. Ce, malgré les thérapeutiques à visée antalgique prescrites : morphiniques, anti-neuropathique, techniques invasives. La douleur présentait une composante neuropathique, objectivée chez certains patients. Elle était évaluée en territoire sciatique dans la majorité des cas.

La prise en charge de la douleur, en LISP, par prescription et adaptation des doses de traitements morphiniques, et par pose de blocs périphériques, permettait d'améliorer l'intensité moyenne de la douleur. Ce traitement présentait des limites : dispositifs péri-nerveux non pérennes, risque d'effets indésirables des thérapeutiques médicamenteuses.

3.2.2 Réalisation de la neurolyse alcoolique du nerf sciatique

❖ Préambule :

Pour estimer le potentiel antalgique de l'alcoolisation du sciatique, des « blocs-tests » étaient réalisés chez la majorité des patients. Ainsi, quatre patients recevaient **une injection péri-nerveuse de xylocaïne**, éventuellement associée à des corticoïdes ; neuf vérifiaient cette condition au travers **d'un bloc continu à la naropéine**, comme décrit précédemment.

❖ Évolution de l'intensité de la douleur et de ses traitements après alcoolisation

Le tableau 2, ci-après, représente l'évolution de la douleur avant et après alcoolisation. Pour vérifier l'effet antalgique, les évaluations étaient réalisées immédiatement après le geste, au troisième jour, et à la sortie. Les doses de traitements antalgiques étaient décrites et comparées. L'objectif était de s'assurer que l'antalgie provenait du seul fait de la neurolyse. De plus, si une décroissance des prescriptions était observée, cela renforçait la conviction d'un bénéfice antalgique d'une telle approche.

- En post-interventionnel immédiat :

La variable « intensité moyenne de la douleur » trouvait une **distribution normale** après vérification. Immédiatement après l'acte de neurolyse, on notait une **amélioration significative de l'intensité de la douleur évaluée**, sur l'ensemble des patients, que l'on considère l'intensité de la douleur à l'entrée, ou après les mesures antalgiques initiales. **Toutes les EN/EOC étaient à 0.**

On ne retrouvait pas de modification des thérapeutiques antalgiques sur ce délai.

- À trois jours de l'intervention :

Ce bénéfice était aussi statistiquement significatif, à trois jours de l'intervention, par **rapport à l'entrée en LISP**. L'intensité moyenne de la douleur était cotée à **1 ± 0,28**. On ne retrouvait pas de différence statistique par rapport à l'intensité de la douleur après les mesures thérapeutiques initiales. Sur ce terme, on notait, **chez un patient**, une **recrudescence douloureuse**, sur le territoire sciatique, avec une EN évaluée à 6. L'attitude adoptée était une répétition du geste d'alcoolisation, en sciatique ; le geste initial étant décrit comme insuffisant. Cette solution permettait une amélioration du symptôme. Dans ce délai, un patient était déjà sorti, et deux patients décédés. Leur devenir sera décrit en détail.

À ce stade, les données de certains patients, concernant les traitements morphiniques et leur dose, étaient manquantes. On ne retrouvait pas de changement pour les anti-neuropathiques.

- Lors de la sortie :

Parmi les huit patients ayant regagné leur domicile, on notait également une diminution significative de l'intensité douloureuse, **par rapport aux EN/EOC d'entrée** ($p = 1,7.10^{-5}$). On ne retrouvait pas de différence significative entre le retour à domicile et en pré-neurolyse pour la douleur.

Concernant les antalgiques, le nombre de patients sous morphine était de quatre chez les sortants. On ne notait pas de différence significative après comparaison des doses moyennes avant/après. La dose moyenne à la sortie était de **46,3 ± 25,1**. Les traitements à visée neuropathique étaient inchangés : même nombre de prescriptions, aux mêmes doses.

- En cas de décès dans le service :

La dernière échelle de douleur tracée dans le dossier de ces patients retrouvait une intensité moyenne de **1 ± 0,4**, sans qu'une différence statistique significative puisse être prouvée, par rapport à l'entrée en LISP, ou par rapport à la douleur après les premières mesures thérapeutiques.

Deux patients étaient sous morphiniques lors du décès. La dose moyenne était de **35 ± 9,8 mg**. L'analyse comparative ne pouvait être effectuée avec la dose initiale, compte tenu du faible nombre de données. Ces patients n'avaient pas de traitement à visée anti-neuropathique.

Tableau 2 : Évolution de la douleur et des prescriptions d'antalgiques après neurolyse

Evolution dans le temps Critère d'évaluation	A l'entrée (n = 13)	Avant Neurolyse (n = 13)	Post-Neurolyse Immédiat (n = 13)	J3 Neurolyse (n = 10)	Selon le devenir :	
					RàD (n = 8)	Décès (n = 5)
Intensité moyenne de la douleur	7,1 ± 0,9	2,4 ± 1,3	0 $p = 5,5 \cdot 10^{-9}$ ^(a) $p = 0,0016$ ^(b)	1 ± 0,28 $p = 2,3 \cdot 10^{-5}$ ^(a) $p = 0,06$ ^(b)	0 $p = 1,7 \cdot 10^{-5}$ ^(c) $p = 0,08$ ^(d)	1 ± 0,4 $p = 0,063$ ^(c) $p = 0,10$ ^(d)
Nombre de patients sous morphiniques	n = 10	n = 11	n = 11	/	n = 4	n = 2
Dose moyenne de morphiniques (mg)	25,4 ± 14,1	47,3 ± 17,6	47,3 ± 17,6	/	46,3 ± 25,1 $p = 0,14$ ^(e)	35 ± 9,8
Nombre de patients sous traitement à visée neuropathique	n = 4	n = 4	n = 4	n = 4	n = 4	0

Légende :

- (a) : p value d'après le test t de Student, par rapport à l'intensité douloureuse à l'entrée ;
- (b) : p value d'après le test t de Student, par rapport à l'intensité douloureuse avant réalisation de la neurolyse ;
- (c) : p value d'après le test de Wilcoxon, par rapport à l'intensité douloureuse à l'entrée ;
- (d) : p value d'après le test de Wilcoxon, par rapport à l'intensité douloureuse avant réalisation de la neurolyse ;
- (e) : p value d'après le test de Wilcoxon, par rapport à concentration moyenne avant réalisation de la neurolyse.

❖ Évolution selon le terrain des patients :

La réduction de la douleur, exprimée sur l'EN ou l'EOC, était aussi recueillie chez les patients répartis en sous-groupes, considérés comme indépendants, en fonction de leurs antécédents. Au vu du nombre de patients, seul le fait d'être diabétique, d'avoir un traitement à visée neuropathique, ou d'avoir un antécédent de revascularisation, pouvaient être testés. On ne retrouvait **pas d'influence statistiquement significative dans la réduction de la douleur**, que les patients soient **diabétiques ou non** ($p = 0,32$), qu'ils aient un **traitement à visée neuropathique ou non** ($p=0,60$), ou qu'ils aient présenté un **antécédent de revascularisation** ($p=0,43$).

❖ Complications aigües associées au geste :

Chez les 13 patients, le geste d'alcoolisation faisait déplorer une complication chez un seul d'entre eux. Celle-ci consistait en un **hématome au point de ponction**, laissé sous surveillance simple, sans prise en charge spécifique complémentaire. Tous présentaient la complication motrice attendue, à savoir une paralysie concernant principalement les mouvements de flexion et d'extension du pied et des orteils. La flexion de la jambe était conservée.

❖ Mesures complémentaires :

Au cours de l'hospitalisation, on pouvait noter une **recrudescence douloureuse**, sur le membre inférieur neurolysé, en **territoire saphène**. Ceci survenait, entre **J3 et la sortie** ($n = 1$), entre J3 et le décès ($n = 1$), ou après le retour à domicile ($n = 1$). Un **geste complémentaire** de neurolyse était proposé et effectué. Il concernait le **nerf saphène**. Au total, trois patients ont nécessité une alcoolisation dans un autre territoire. L'évolution de la douleur à la sortie ou lors du décès, après ce geste complémentaire, était celle décrite précédemment.

Chez deux patients, on notait une prise en charge par le **kinésithérapeute** du service, pour réadaptation, après apparition du handicap moteur, en vue du retour à domicile.

La technique permettait une amélioration significative de la douleur, en comparant la douleur d'entrée en LISP, avec son devenir (immédiatement après le geste, à trois jours, et à la sortie). On ne retrouvait pas de différence statistique autour du décès, lorsque celui-ci survenait pendant l'hospitalisation.

La moyenne des EN/EOC, relevées avant la neurolyse, après instauration des traitements antalgiques en LISP, était améliorée significativement en post-interventionnel immédiat. Pour le suivi ultérieur, il n'y avait pas de différence à l'analyse statistique.

La neurolyse ne modifiait pas de façon significative les prescriptions d'antalgiques, dans leur nombre, ou leur dose moyenne, quel que soit le délai ou le devenir du patient.

Le diabète, l'antécédent de revascularisation, et un traitement à visée anti-neuropathique, n'influençaient pas l'évolution de la douleur après neurolyse.

La principale complication, attendue, du geste, était une paralysie flasque du membre. Un geste complémentaire était parfois nécessaire, lorsque le premier était insuffisant, ou lorsqu'un autre territoire se révélait douloureux.

3.2.3 Devenir des patients après la neurolyse alcoolique

Le devenir des patients, après réalisation de l'alcoolisation sciatique était le suivant :

- Pour **huit d'entres eux**, on observait un retour au domicile après le geste ;
- Les **cinq autres patients** sont décédés au cours de l'hospitalisation où le geste était effectué.

La médiane survie globale, après neurolyse, était de **16,5 jours** (de 1 à 69), tous devenirs confondus.

❖ Concernant les patients décédés en cours d'hospitalisation :

Chez ces patients, la médiane de survie, après neurolyse, était de **7 jours**, avec des durées variant de 1 à 8 jours, avant le décès.

Les causes de décès, chez ces cinq patients, étaient les suivantes : décompensation cardio-respiratoire sur **insuffisance cardiaque** (n = 3 patients), **infarctus mésentérique** (n = 1 patient), **syndrome de glissement** (n = 1).

On ne rapportait pas de recours à une sédation profonde et terminale dans cette étude.

❖ Concernant les patients ayant regagné leur domicile :

La durée médiane entre la neurolyse et le retour à domicile était de **6 jours**, avec des durées s'étalant de 1 (lendemain du geste) à 20 jours. Deux patients présentaient des **épisodes intercurrents** (pneumopathie infectieuse), occasionnant un allongement du séjour. Deux autres patients nécessitaient un geste de **neurolyse complémentaire**, retardant la sortie.

Les modalités de retour au domicile étaient, pour 6 patients, un retour au lieu de vie habituel, dans le cadre d'une **hospitalisation à domicile**. On notait un **retour en EHPAD**. Un autre patient entrait **en EHPAD**, sur un projet de vie qui était préalable à l'hospitalisation.

La médiane de survie globale, chez les patients regagnant leur domicile, était de **41 jours**, avec des durées comprises entre 3 et 69 jours.

Chez les patients regagnant un lieu de vie, on distinguait alors deux types d'évolution :

- Patients dont le décès survenait à domicile, sans ré-hospitalisation : 6 patients au total n'étaient pas ré-hospitalisés, leur fin de vie prenant place à domicile. La médiane de survie de ces patients était **de 26 jours** (de 3 à 56 jours). A la date de point du recueil, un des patients était **toujours vivant** à son domicile, son devenir symptomatique étant incertain, car le suivi H2D était interrompu. Les causes de décès des autres patients n'étaient pas précisées ;

- Patients ayant nécessité une ou plusieurs ré-hospitalisation, avec décès à l'hôpital : Deux patients étaient ré-hospitalisés dans leur suivi. La durée avant ré-hospitalisation, pour le premier sujet, était de **60 jours** (décès dans les 24h de l'entrée). Elle était de **15 jours** pour le second, qui accusait de trois ré-hospitalisations au total (décès à 69 jours de la neurolyse). Les motifs de ré-hospitalisation étaient, pour les deux patients, une **recrudescence douloureuse** du membre alcoolisé. Le premier patient était accessible à un **traitement médicamenteux** simple. Le second nécessitait un geste **d'alcoolisation complémentaire** sur le nerf saphène. Les causes de décès retrouvées, chez le premier patient, étaient plurielles (altération de l'état général, encombrement bronchique, dyspnée). Chez le second patient, le décès était secondaire à une insuffisance cardiaque.

Le devenir des patients peut être représenté comme ci-dessous : la courbe rouge représentent les patients décédés à l'hôpital, et la bleue, ceux ayant rejoint leur domicile.

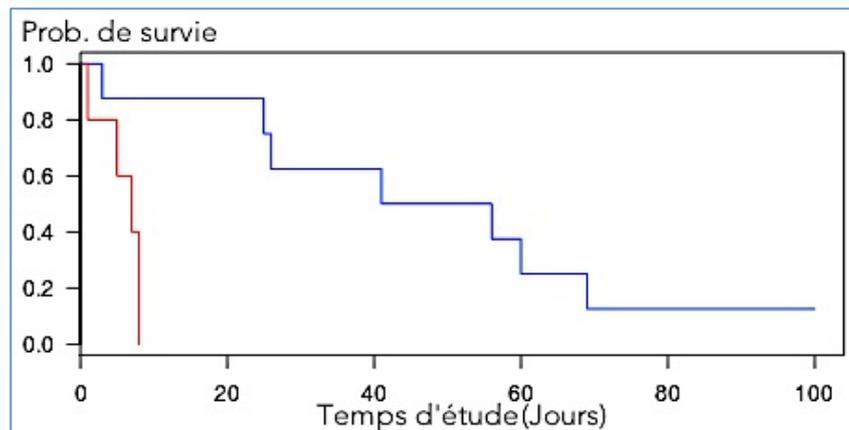


Figure n°7 : Devenir des patients depuis la neurolyse alcoolique, en fonction du lieu de fin de vie

Après neurolyse, plus de la moitié des patients regagnait le domicile, dans un cadre médicalisé (EHPAD, HAD). Pour la majorité, ils y décédaient, la médiane de survie étant supérieure à un mois. Des ré-hospitalisations étaient décrites, nécessaires du fait de récurrences douloureuses.

Les patients n'ayant pu regagner leur domicile décédaient en LISP, avec une médiane de survie de 7 jours. Les causes de décès étaient principalement d'origine cardiovasculaire.

3.3 Démarche décisionnelle autour du geste d'alcoolisation

3.3.1 Mise en place de la réflexion éthique, nature du problème posé

L'hospitalisation en LISP, avait pour objectif d'assurer une prise en charge efficace de la douleur. Le but était aussi d'apporter une réflexion pluridisciplinaire, dans le cadre d'une démarche décisionnelle, sur le devenir du patient, et les approches thérapeutiques à envisager.

Cette **évaluation avait déjà été effectuée** chez quatre patients, lors d'hospitalisations précédentes, aboutissant à une proposition de neurolyse. Cette option avait été laissée de côté car le traitement conservateur, ou le refus du patient, l'avait fait reporter. Pour le reste des patients (n = 9), c'était la première évaluation, antalgique et décisionnelle, en milieu palliatif.

Les patients étaient adressés, pour la majorité, par le **chirurgien vasculaire** (69,2%, n = 9). Trois d'entre eux (23,1%) l'étaient par le **médecin coordonnateur de l'HàD**, et, le dernier, par le **médecin traitant** (7,7%).

Après l'évaluation initiale, décrite précédemment, la neurolyse était systématiquement proposée. Elle consistait en une alternative, soit, à un traitement conservateur seul, soit à l'amputation, refusée ou impossible à réaliser.

Les questionnements éthiques autour de ces patients étaient les suivants :

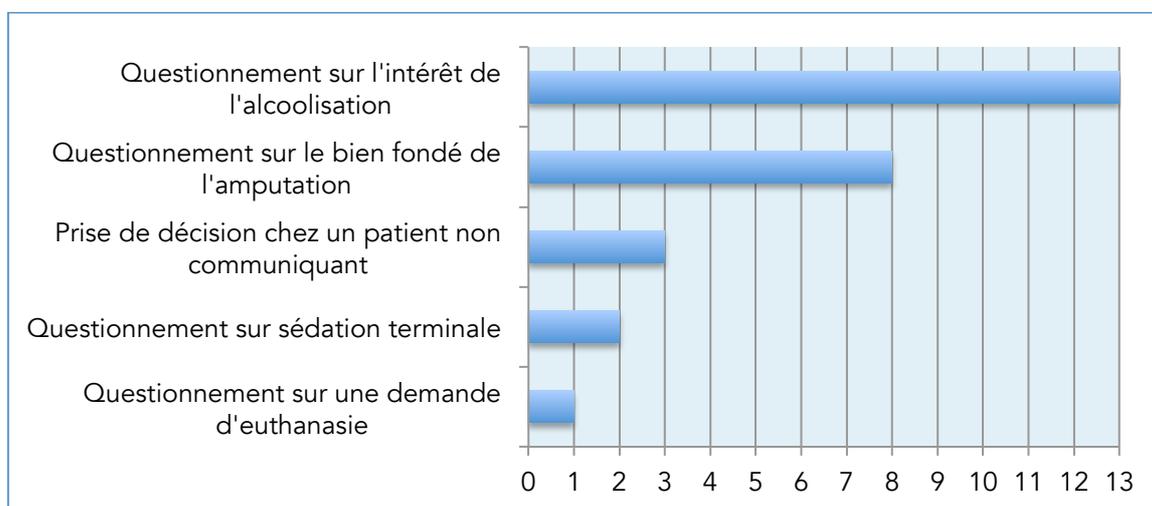


Figure n°8 Thèmes des questionnements éthiques rencontrés autour de la neurolyse

Pour tous les patients, la réalisation de l'alcoolisation était le principal élément à délibérer. L'origine de ce questionnement venait du patient et de l'équipe médicale, devant les bénéfices et risques encourus. La **question de l'amputation** était aussi discutée (n = 8). Pour trois patients, le questionnement concernait une décision dans un contexte **d'impossibilité à recueillir leur avis**. Pour deux patients, la **sédation terminale** était évoquée dans la démarche décisionnelle. Enfin une **demande d'euthanasie** était décrite pour un autre sujet.

3.3.2 Inventaire au lit du patient

L'inventaire de la situation, autour du patient, était rapporté dans le processus décisionnel, selon les axes suivants :

❖ **Histoire de la maladie, état général du patient, symptômes actuels, traitement :**

Ces aspects étaient tous décrits dans les dossiers médicaux, et ont été évoqués plus en amont dans ce travail. Ils étaient tous pris en compte dans la réflexion concernant la neurolyse alcoolique, et tracés comme tels chez l'ensemble des patients.

❖ **Demandes et attentes :**

- De la part du patient :

Concernant celles du patient, on retrouvait de telles données dans sept dossiers. L'avis du patient n'était pas disponible, du fait de l'état général ou cognitif, pour 3 sujets. Il n'était pas tracé dans autant de dossiers.

On ne retrouvait des **directives anticipées** chez aucun patient de cette étude. Onze avaient désigné une **personne de confiance**.

Les attentes du patient, face à leur pathologie et à la neurolyse, faisaient état d'une **ambivalence** :

Des aspects positifs étaient évoqués : « soulagement durable de la douleur » (n = 3) ; « permet d'éviter l'amputation », « l'idée de l'amputation est insupportable » (n = 4) ; « souhait de retour à domicile, simplifié si pas de douleur » (n = 10), « mourir au domicile » (n = 4) ;

Et des aspects négatifs : « perte de fonction si neurolyse » (n = 4) ; « persistance d'une fonctionnalité du membre, dans les transferts notamment » (n = 2) ; « vue intolérable des plaies » (n = 2), « peur que la gangrène gagne le membre si non amputé » (n = 1).

- De la part de l'entourage :

La personne de confiance, et plus largement l'entourage familial, étaient systématiquement informés de la démarche en cours, et leur adhésion, recherchée. On ne retrouvait pas, dans les dossiers patients, d'informations apportées par la famille, contribuant à la démarche décisionnelle, ni de demandes ou de situations de conflit particulières.

- De la part de l'équipe médicale :

Les motivations de l'équipe médicale, concernant la neurolyse, étaient rapportées dans les dossiers cliniques, dans leur totalité :

- Pour tous les sujets, la volonté était d'apporter une **antalgie pérenne** ;
- Chez sept patients, la motivation exprimée était un **retour à domicile rapide**, pour le bénéfice du patient ;
- Pour autant de sujets, **l'amputation était jugée déraisonnable**, non seulement devant le risque chirurgical, mais aussi devant le risque de douleurs secondaires, le risque de troubles trophiques sur la plaie.
- On décrivait aussi, chez deux patients, une justification de la neurolyse par la perte d'autonomie, et les **difficultés de marche et de transferts qui préexistaient**. Ces dernières ne pouvant a priori pas être davantage impactées par les conséquences du geste en question.
- Enfin, chez un des sujets, (7,7%), on retrouvait la volonté de **préserver la vie de relation** du sujet, plutôt que d'envisager une sédation pour symptôme réfractaire.

❖ **Alternatives possibles :**

Chez l'ensemble des patients, les alternatives étaient discutées avec le patient et son entourage. Celles-ci consistaient, soit, en une neurolyse alcoolique, soit en un traitement conservateur, soit enfin en l'amputation du membre, avec les avantages et inconvénients décrits précédemment.

3.3.3 Délibération et prise de décision

❖ Professionnels concernés :

Concernant la neurolyse, la discussion sur sa réalisation s'effectuait sur **une réunion de concertation pluri-disciplinaire**, convoquée spécifiquement dans ce type de situation.

En pratique, la tenue d'une telle réunion est tracée chez **neuf patients**. Pour les quatre patients restants, la décision était prise par le médecin référent en soins palliatifs, en accord avec le patient, sans qu'une délibération formelle n'ait lieu.

Lors de leur tenue, ces concertations rassemblaient exclusivement des **membres du corps médical**, pour huit patients. La présence des soignants, et autres membres de l'équipe (IDE, Aide soignants, Psychologue, assistante sociale) était rapportée dans l'histoire d'un seul patient.

La figure suivante décrit les professionnels qui étaient concernés par cette démarche décisionnelle :

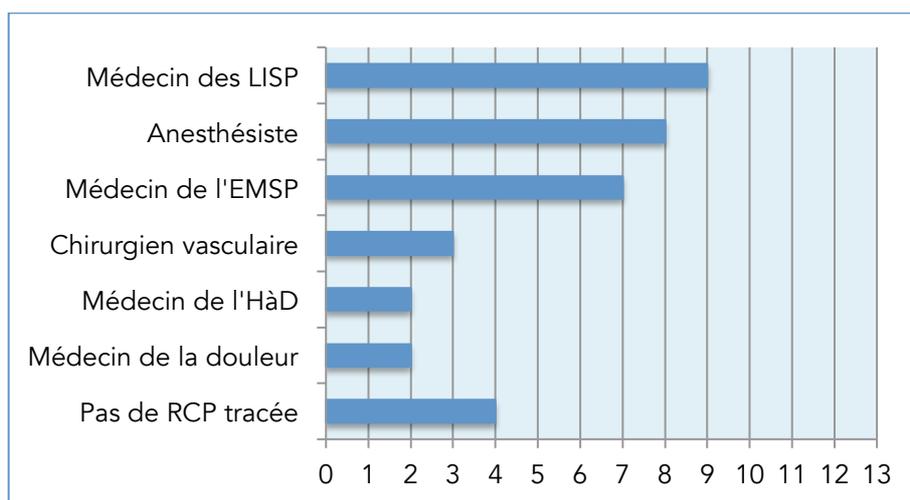


Figure n°9 : Tenue d'une RCP pour la neurolyse, et spécialités médicales présentes

Le médecin responsable du patient était systématiquement présent, chez les sujets pour qui la réunion s'est tenue. Les autres spécialités médicales qui étaient présentes sont également figurées, l'anesthésiste, assurant le geste de neurolyse, étant presque toujours présent lors de ce processus de décision.

❖ Collégialité dans la décision :

Elle était retrouvée et tracée chez tous les patients : elle est recueillie auprès du médecin d'EMSP (n = 9), du chirurgien vasculaire (n = 7) et/ou du médecin anesthésiste (n = 13).

L'avis du **médecin généraliste** était également sollicité, et décrit dans le dossier de deux patients.

❖ Prise de décision et application :

Pour tous les patients, l'alcoolisation était retenue d'emblée, en fonction des modalités précédemment évoquées, les principales motivations étant **le soulagement pérenne** du patient (n = 13), le **retour à domicile rapide** (n = 9). Pour un sujet, l'objectif rapporté était de soulager le patient pour réévaluer **l'intérêt d'une amputation** par la suite.

La décision d'alcoolisation entérinée, le **consentement** du patient était recueilli et tracé chez tous les patients, qu'une RCP se soit tenue ou non au préalable.

La **personne de confiance** était informée de la décision chez dix patients. Le médecin traitant était informé dans deux cas.

L'approche collégiale, l'information donnée au patient, et le consentement recueilli, étaient **consignés dans tous les dossiers consultés**.

❖ Évaluation :

L'évaluation, a posteriori, de cette décision de neurolyse, reposait surtout sur le suivi antalgique et clinique effectué en cours d'hospitalisation. La période d'observation, comme évoqué précédemment, pouvait être très courte, soit par sortie rapide, soit par survenue du décès. Il n'était pas décrit de réévaluation de l'ensemble du processus et de la décision, que ce soit de la part de l'équipe, ou du point de vue du patient et de son entourage.

La démarche décisionnelle était formalisée autour d'une réunion interdisciplinaire pour la majorité des patients. L'origine du questionnement éthique concernait principalement la réalisation de la neurolyse alcoolique. L'inventaire au lit du patient, son souhait, et les alternatives thérapeutiques, étaient discutés.

Les facteurs ayant justifié la réalisation du geste étaient l'analgésie pérenne, l'absence d'amputation, et le retour rapide à domicile. Ce choix présentait toujours une ambivalence pour le patient.

La délibération se déroulait presque exclusivement entre médecins de différentes spécialités, parfois avec l'avis du praticien généraliste, rarement avec les soignants.

La décision de neurolyse était toujours prise après une approche collégiale. Cet avis, et le consentement du patient, étaient consignés systématiquement dans le dossier médical.

Partie IV : Discussion

4.1 Forces et faiblesses de ce travail

Avant de répondre aux objectifs de ce travail, en discutant les résultats, il faut commenter la méthodologie retenue.

Plusieurs limites sont à aborder. La première concerne la **taille de l'échantillon**. Le nombre de patient inclus était faible. Un plus grand effectif aurait permis d'apprécier l'impact de la neurolyse sciatique avec plus de puissance. Ainsi, peut être que la diminution douloureuse aurait été significative dans l'ensemble des groupes étudiés. Avec davantage de patients, la **réflexion éthique** aurait été enrichie, par la multitude de regards, d'avis, et d'échanges. Cela aurait apporté plus d'informations sur les raisons du choix de la neurolyse, plutôt que d'une autre approche.

Certains **aspects méthodologiques** présentaient aussi des limites qui méritent d'être discutées. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de la qualité de vie après une intervention thérapeutique. Une étude rétrospective d'une série de cas peut, au mieux, **suggérer un effet, et émettre des hypothèses** sur une telle approche. L'analyse de la qualité de vie suppose l'utilisation de **questionnaires validés**, ce qui n'a pas été possible ici, a posteriori. Pour pallier à cet écueil méthodologique, nous avons postulé qu'une amélioration de la qualité de vie serait possible si la douleur était diminuée, et si le retour à domicile était possible, sans pour autant exposer le patient à des complications ou effets indésirables.

L'évaluation de la douleur reposait, en partie, sur des **hétéro-évaluations**. Celles-ci étaient réalisées, tantôt par un médecin de l'équipe, tantôt par une IDE, ce qui peut questionner la **reproductibilité** des mesures. On imagine donc qu'un possible **biais de mesure** ait pu affecter ces relevés, notamment après réalisation du geste.

Le suivi ultérieur des patients à domicile n'était pas relevé de façon exhaustive, ce qui aurait pourtant apporté de précieuses informations quant à leur devenir. Étant hospitalisés dans différents dispositifs HAD, ne dépendant pas tous de la MSPB, leur dossier complet n'était pas toujours accessible. Le vécu subjectif après la neurolyse n'était pas relevé dans le dossier médical.

Concernant l'objectif secondaire, on peut enfin déplorer que cette étude ne se soit intéressée qu'au suivi des patients ayant accepté le geste de neurolyse. Comprendre les **refus à cette approche** permettrait d'appréhender un peu mieux la place d'une telle thérapeutique.

Au-delà de ces limites, ce travail présente aussi **certaines atouts**.

À notre connaissance, il est **original de décrire cette approche de neurolyse sciatique**, pour la prise en charge de la douleur dans l'ICC. Le recours à un tel geste, surtout lors de la fin de vie, doit être évalué et justifié. L'approche descriptive rétrospective présentait, dès lors, une première étape nécessaire, avant d'envisager une étude contrôlée, qui serait soumise à d'autres contraintes méthodologiques et éthiques.

Une autre force de l'étude est de décrire un échantillon de **patients artéritiques pris en charge en LISP**, avec les modalités antalgiques, les adaptations thérapeutiques, et les difficultés rencontrées. Les travaux publiés sur ce sujet, cités dans l'analyse bibliographique en début de travail, concernent des **patients sélectionnés en chirurgie vasculaire**. Ils étudient les thérapeutiques symptomatiques de l'ICC, davantage que la démarche palliative qui pourrait être mise en place autour de celles-ci.

4.2 Impact de la neurolyse sur la qualité de vie, et limites

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'impact de la neurolyse sur la qualité de vie de patients en LISP. On développe ici les apports potentiels de la technique, et ses limites.

4.2.1 Des patients relevant d'une approche palliative

Les patients inclus étaient des sujets âgés, présentant plusieurs comorbidités cardiovasculaires, des facteurs de fragilité, voire des insuffisances d'organes avancées. Le sex-ratio penchait vers un **plus grand nombre d'hommes**, ce qui correspond à la littérature consultée.

L'histoire de la maladie de ces patients était aussi similaire à celle retrouvée dans les recherches bibliographiques : le diagnostic de l'ICC était posé après **plusieurs années d'évolution** de l'AOMI, ou de façon **concomitante à sa découverte**. Il reposait sur des arguments cliniques (douleur, plaies chroniques, mesure des IPS), complétés par une échographie doppler.

Pour la plupart, la prise en charge vasculaire avait échoué, ou n'était pas accessible. Peu d'options thérapeutiques étaient alors disponibles, ou efficaces. L'**amputation** n'était **pas réalisable**, devant l'état général des patients, ou elle était **refusée**. Le **traitement médicamenteux symptomatique** était souvent le seul indiqué et accepté. Il reposait sur des antalgiques de palier I et III, et sur le cathéter périphérique. On retrouvait sur l'échantillon les limites de ces approches : **effets indésirables** des molécules, et **dysfonction** des cathéters. Les autres thérapeutiques médicamenteuses (vasodilatateurs, kétamine, lidocaïne), et techniques invasives (neurolyse sympathique) n'étaient pas proposées à ces patients. Non pratiquées sur la MSPB, leur apport est considéré, au regard de la bibliographie, comme **ponctuel et modeste**. En revanche, on objectivait une faible proportion de patients avec un traitement antalgique **à visée neuropathique**. Les travaux cités montrent pourtant qu'ils peuvent améliorer les symptômes, et un **traitement médicamenteux optimisé est un préalable indispensable avant d'envisager un geste définitif**.

À l'entrée en LISP, même si les modifications thérapeutiques permettaient une amélioration significative, on déplorait **les mêmes limites** : effets indésirables, chute des cathéters péri-nerveux.

Bien qu'on ne puisse la mesurer a posteriori, on peut affirmer que ces patients présentaient une **altération de leur qualité de vie** : douleurs intenses, (intensité moyenne > 7), perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, et hospitalisations répétées.

Le pronostic des patients était réservé à court terme. On notait une **survie globale plus importante** chez les sujets inclus, en comparaison à l'étude TASC II. Ceci était vrai, que le patient soit décédé à l'hôpital, ou à domicile (3,5 jours dans TASC II, et respectivement 41 et 7 jours dans ce travail). Cela peut s'expliquer par la **petite taille** de l'échantillon, pas assez représentatif de la population. On peut aussi supposer que les équipes vasculaires et de LISP, travaillant conjointement à la MSPB, repèrent plus **précocement** ces patients, assurant un meilleur suivi.

L'approche palliative se justifiait enfin par la nécessité d'une **démarche décisionnelle** pour statuer sur les choix thérapeutiques et le devenir des patients.

4.2.2 Apports de la neurolyse alcoolique du nerf sciatique sur la douleur

L'impact sur la qualité de vie était apprécié au travers de l'évolution douloureuse, sur recueil des échelles douloureuses, et des prescriptions antalgiques.

L'intensité douloureuse mesurée à l'entrée en LISP était **significativement diminuée**, immédiatement **après la neurolyse**, au **troisième jour** d'hospitalisation, et **à la sortie** du service. On objectivait aussi une diminution significative, entre la dernière intensité douloureuse connue avant neurolyse (après prise en charge antalgique en LISP), et celle mesurée immédiatement après.

Cette amélioration restait significative, après **analyse des variances** en sous-groupes, permettant de considérer d'éventuels facteurs de confusion. Le **diabète** notamment, qui s'accompagne de **lésions neuropathiques propres** à sa physiopathologie, ne semblait pas influencer le devenir douloureux des patients, ce qui est décrit dans d'autres travaux déjà cités.

On ne retrouvait pas de diminution significative entre l'intensité douloureuse moyenne à l'entrée et au décès en hospitalisation. De même, entre la mise en place des traitements initiaux, avant neurolyse, et le devenir douloureux au troisième jour, à la sortie, ou au décès.

Les EN/EOC relevées, dans les différents devenirs, sont néanmoins toutes strictement inférieures à 1,5. Même en relais de l'attitude initiale, que l'on sait peu durable, l'amélioration douloureuse était statistiquement significative. Un nombre plus important de patients aurait probablement objectivé cette évolution dans l'ensemble des devenirs étudiés.

De ces résultats, et des données physiopathologiques retrouvées dans la littérature, on peut suggérer que la neurolyse sciatique apporte un bénéfice antalgique aux patients artéritiques.

Concernant les thérapeutiques opioïdes, il n'existait pas de différence dans les doses à l'entrée, avant, et après le geste de neurolyse. Et ce, malgré une augmentation de la dose chez certains patients à l'entrée en LISP. Pour les patients étant décédés en LISP, on ne retrouvait **aucune prescription d'opioïdes**. Paradoxalement, ces patients affectés d'une pathologie plus évoluée, auraient du en avoir le plus besoin. Une diminution des thérapeutiques antalgiques était espérée. Bien que non prouvée, on peut sans doute la justifier. Certains patients, au vu de leurs comorbidités, avaient **des prises de morphine à visée de confort respiratoire**, indépendamment de la douleur du membre inférieur. Il semblait aussi raisonnable de **diminuer progressivement les doses d'opioïdes**, au cas où le geste serait insuffisant, ou qu'il révélerait une douleur dans un autre territoire.

Pour les traitements à visée neuropathique, peu de patients étaient traités avant et après neurolyse, et la dose du traitement était modifiée chez un seul patient. Sur un faible nombre de données, avec une **comparabilité difficile de ces molécules**⁹⁷, il est difficile de se prononcer sur cet aspect.

Ces constats semblent aller dans le sens d'un apport antalgique propre à la neurolyse sciatique. En effet, seule la neurolyse pourrait expliquer l'amélioration symptomatique, puisque les doses d'antalgiques restaient stables, et le cathéter péri-nerveux, retiré.

Il faut contraster ces bénéfices antalgiques avec les interrogations autour de l'**innocuité et de la longévité** du geste.

Le geste d'alcoolisation du nerf est décrit, dans la littérature, comme à risque de **complications loco-régionales**, après l'injection. De ces aléas, un seul événement était déploré : la survenue d'un **hématome sur un point de ponction**, chez un patient au risque hémorragique augmenté par ses thérapeutiques au long cours.

Une autre limite redoutée était l'**injection insuffisante d'alcool**, lors du geste de neurolyse. Ceci survenait pour l'un des patients. Celui-ci avait rapidement présenté une recrudescence de son tableau douloureux, à 3 jours de l'injection initiale. Une nouvelle alcoolisation permettait une analgésie complète.

Consécutif au geste, tous les patients faisaient état d'une **paralysie** du membre inférieur. Ils devenaient limités dans les mouvements de flexion et d'extension distale. La neurolyse étant effectuée juste en amont de la bifurcation tibio-poplitée du nerf, l'innervation motrice de la flexion de la jambe était de fait respectée. Cela permettait, sous réserve de variations anatomiques, de laisser une certaine autonomie de mouvement dans les **repositionnements du membre**, au lit ou en fauteuil. Et ainsi, d'éviter de créer des points de pression anormaux, ce qui peut être le cas après une amputation, augmentant alors le risque d'escarre.

Sans être un événement directement lié au geste, la réalisation de l'alcoolisation sciatique révélait des douleurs du membre atteint, dans **d'autres territoires nerveux**. Ceci survenait pendant l'hospitalisation princeps, ou à distance, occasionnant alors une ré-hospitalisation. Dans tous les cas, cela concernait le **territoire saphène**. Après une nouvelle alcoolisation, la douleur semblait jugulée.

Enfin, la **régénérescence** du nerf sciatique était la principale crainte à distance du geste. A ce sujet, un tel événement n'était décrit dans aucun dossier médical. Pour autant, les résultats montrent qu'un des patients, rentré à domicile, était ré-hospitalisé 60 jours après le geste, pour une réapparition des douleurs. Cette durée pourrait coïncider avec un tel processus. Les symptômes avaient été accessibles à un traitement médicamenteux simple, avant que le décès ne survienne dans les jours suivants. Concernant le patient dont la survie dépassait la durée de suivi, on ne notait pas de réhospitalisation en LISF. Il semble peu probable que celui-ci ait été totalement exempt de douleur sur son membre, et un suivi sur un autre centre n'est pas exclu. Ce risque de régénérescence nerveuse interroge sur la **conduite à tenir** en cas de nouveaux signes neuropathiques.

Ce travail suggère que, s'envisageant chez des patients dans une situation palliative, le geste de neurolyse présentait un bénéfice sur les symptômes douloureux, pour la plupart des patients. La réévaluation des traitements antalgiques semblait différée. La technique pouvait s'accompagner d'aléas, inhérents à sa réalisation : insuffisance d'alcoolisation, risque de régénérescence nerveuse, et complications locales de l'intervention. Elle entraînait systématiquement une paralysie flasque distale du membre inférieur.

4.2.3 Impact de la neurolyse sur un devenir contrasté

L'un des principaux souhaits énoncé, par les patients en état de s'exprimer, était de **retrouver le lieu de vie habituel**. Dix patients de l'échantillon l'exprimaient directement. Pour l'un d'entre eux, il était rapporté par l'entourage familial. Ce retour à domicile est aussi décrit, dans la littérature, comme favorisant une meilleure qualité de vie. **Ce retour à domicile** constituait la majorité des devenirs des patients.

Au total, huit patients regagnaient, soit leur domicile habituel, soit leur EHPAD. Ces retours étaient systématiquement accompagnés d'un **cadre médicalisé** : équipe soignante en EHPAD, ou dispositif HAD. Pour espérer préserver la qualité de vie de ces sujets, on estime que cet **accompagnement est nécessaire**, à plusieurs égards.

D'abord, parce que l'**autonomie** du patient risque d'être un peu plus compromise après la neurolyse. Même si le degré d'autonomie à la sortie n'était pas relevé comme à l'entrée, on l'imagine altérée par la **paralysie distale**. Ceci rend indispensables des **aides pour la toilette, et la réalisation des transferts**. On notait, en LISP, une prescription de **kinésithérapie** pour deux patients, à visée de réadaptation, devant ce nouvel handicap. Il paraîtrait intéressant d'inclure cette approche, dans l'évaluation avant et après le geste de neurolyse, pour les patients éligibles.

Cette présence soignante, sur le lieu de vie, était aussi requise pour surveiller les symptômes, et réaliser d'éventuelles prescriptions anticipées personnalisées.

Le devenir des patients, au domicile, était **hétérogène**. Pour quatre d'entre eux, le **décès survenait au lieu de vie**, sans qu'une nouvelle hospitalisation soit décrite. L'événement advenait entre 3 à 56 jours, pour une durée médiane de 26 jours. À la vue de ces données, on peut suggérer que la neurolyse permet effectivement un temps à domicile, sans douleur, selon le souhait du patient. Ceci allant dans le sens d'une **meilleure qualité de vie**.

À la fin du recueil, un des patients **était en vie**, à plus d'un an de l'alcoolisation. Sa survie ne semblait pas si réservée à court terme. Ceci interroge sur l'indication de l'alcoolisation dans ce cas, et fait préconiser une évaluation précise du pronostic. Une **survie estimée supérieure à 3 mois risque d'exposer à de nouvelles douleurs neuropathiques**, dont le traitement n'est pas décrit.

Un des patients **décédait à trois jours de la neurolyse**, soit 24h après son retour à domicile. Un retour, dans de telles conditions, est-il **raisonnable, ou souhaitable** ? Si tel était le souhait absolu du sujet, il paraît cohérent d'y accéder. Le cas contraire, l'hospitalisation en LISP ne semble pas compromettre le confort du patient, et pourrait éviter des situations jugées trop complexes pour le domicile.

Enfin, deux patients étaient **ré-hospitalisés** pendant l'étude. L'un, 60 jours après, pour récurrence douloureuse dans le territoire sciatique, faisant évoquer, comme décrit plus haut, une régénérescence nerveuse. Son décès survenait dans les 24h de l'hospitalisation. Pour l'autre patient, la première ré-hospitalisation avait eu lieu à 15 jours. Deux autres avaient suivi, et le décès était finalement survenu à 69 jours, d'une poussée d'insuffisance cardiaque. Chez ces patients, le geste semble avoir permis un répit au domicile. Ce soulagement **semble plus pérenne** que la durée de vie moyenne d'un cathéter péri-nerveux.

Ces développements font nuancer le propos, sur le retour à domicile. Le **pronostic** doit être bien évalué. Même lorsqu'elle est possible, la technique ne garantit pas l'absence de ré-hospitalisation : possible récurrence douloureuse, ou survenue d'autres symptômes de la fin de vie. La neurolyse ne peut **suppléer à l'ensemble des symptômes** et besoins d'un patient en fin de vie.

Le retour au lieu de vie s'effectue dans un cadre médicalisé, qui peut être vécu comme une **intrusion** sur le lieu de vie, et entraîner un vécu négatif. Rien n'indique non plus que le vécu du domicile, au travers d'un nouveau handicap, sera aussi positif qu'espéré. Ceci ouvre la réflexion sur une question plus globale. En admettant que la neurolyse puisse permettre un retour à domicile, chez des patients sélectionnés, ce lieu de vie n'est peut-être **pas toujours le plus adapté** aux circonstances. Ce projet doit être discuté, au cas par cas, après information loyale du patient.

Pour les cinq autres patients n'ayant pas regagné leur lieu de vie, le décès survenait lors de **l'hospitalisation initiale**. La durée médiane de survie, après neurolyse, était de 7 jours. Le décès advenait, chez un des patients, le lendemain du geste de neurolyse. Les causes de décès étaient décrites, et reposaient sur l'état général, la condition vasculaire, globalement altérés chez ces patients. Trois de ces cinq patients étaient décrits en phase palliative terminale, à l'entrée en LISP.

Dans ces situations, le bénéfice de la neurolyse **peut paraître discutable**. L'apport antalgique, dans ce sous-groupe de patient, n'était pas démontré statistiquement. Paradoxalement, on ne retrouve **pas de prescriptions de morphiniques**. Cela laisse à penser que la neurolyse, pour le confort du patient, apporterait un bénéfice. Pour autant, lorsque le pronostic est réservé à très court terme, la réalisation d'un tel geste pourrait paraître **disproportionnée**, au vu du peu de survie attendue. Il semble qu'un cathéter péri-nerveux, associé à une prise en charge médicamenteuse, serait suffisant. La place de la neurolyse reste donc à préciser dans ce type de situation.

La neurolyse permettait un retour à domicile dans la plupart des situations. Le devenir y était hétérogène, et il existait un risque de ré-hospitalisation. C'est donc un projet qu'il faut établir avec le patient. Lorsque le pronostic semble compromis à court terme, le recours à une telle intervention semble déraisonnable, à moins que ce soit le seul moyen de s'affranchir de la douleur.

4.3 Le recours à la neurolyse : quelles perspectives ?

Le geste de neurolyse s'accompagne de limites, et de bénéfices qui semblent parfois hétérogènes selon les patients considérés. Ce dernier développement vise à préciser la place et les indications potentielles de cette technique, afin d'espérer y avoir recours à bon escient.

4.3.1 Des évaluations complémentaires nécessaires

Les limites de ce travail ont été exposées en début de discussion. Le but des études descriptives est de générer des hypothèses sur un phénomène, une exposition, une intervention. Des recommandations plus robustes sur ce type d'approche seraient nécessaires. Ce travail permet d'en définir les jalons.

Un **essai quantitatif de meilleure qualité méthodologique** est nécessaire pour démontrer un bénéfice sur la qualité de vie. Un **plus grand nombre** de patients aurait été nécessaire pour observer une réelle différence statistique dans les différents sous-groupes considérés. L'impact de la neurolyse était donc probablement sous-estimé, au vu des résultats, et des bases neurophysiologiques évoquées.

L'analyse d'une intervention, pour apporter des conclusions avec un meilleur niveau de preuve, s'entend de façon **prospective, contrôlée, randomisée**. Dans ce cadre pathologique, il n'existe pas de traitement de référence « Gold-Standard », et l'utilisation d'un placebo semblerait difficile. Le traitement des patients en aveugle, la randomisation, paraîtraient aussi limités vu le caractère définitif du geste.

Un **essai ouvert**, selon le choix du patient, pourrait, malgré tout, comparer l'évolution de la douleur, de la qualité de vie, et du devenir du patient après, soit une neurolyse, une amputation, ou un traitement conservateur.

En analysant les dossiers médicaux de ce travail, plusieurs éléments non quantifiables ressortaient, pour expliquer le choix de la neurolyse par les patients. Une **approche qualitative**, sous réserve de son acceptabilité, permettrait d'évaluer l'accueil de la proposition de neurolyse, et les ressentis après sa réalisation. Elle permettrait aussi d'apprécier en quoi la réalisation d'un tel geste peut malgré tout faire sens pour les patients, notamment sur un **plan existentiel**.

Ce travail appelle à plusieurs évaluations ultérieures. Tout d'abord, l'impact de la neurolyse sur la qualité de vie, doit être analysé sur un plus grand échantillon, de façon prospective, et comparative. Des approches qualitatives permettraient aussi de comprendre plus précisément le choix des patients concernant ce geste, et leur vécu ultérieur.

4.3.2 Face à l'incertitude, la nécessité d'une démarche pluri-disciplinaire...

La décision de recourir, ou non, à l'alcoolisation sciatique, survenait dans une situation où régnait l'**incertitude**. Ici, son origine était multiple :

Il existait une **ambivalence dans le choix de la neurolyse**. Les dossiers médicaux faisaient retrouver cette ambivalence chez tous les patients. À l'accueil de la proposition de neurolyse, les potentiels bénéfiques étaient générateurs d'espoirs (analgésie directe et pérenne, retour à domicile). Mais en parallèle, ses conséquences attendues (perte de fonction, handicap, risque d'aggravation des plaies) la faisaient craindre.

La **liberté de choix** était remise en cause. La neurolyse était présentée comme une alternative plus acceptable à l'amputation, ou plus efficace et pérenne que les prises en charge médicamenteuses. Si la neurolyse constitue le seul espoir de soulagement des douleurs, on peut questionner la réalité de la liberté dans le choix. Cette liberté, comme expliqué dans l'analyse bibliographique, est en fait contrainte aux réalités de la maladie et de ses symptômes. C'est pour cette raison que la prise en charge initiale en LISP doit s'efforcer de soulager le patient, afin de laisser le temps à la réflexion, avant toute décision définitive.

La volonté du patient pouvait être inaccessible. Trois des patients de l'étude n'étaient pas en état de communiquer, ou de transmettre leur choix concernant l'intérêt d'une telle approche. Aucun des patients de cette étude n'avait rédigé de DA. Un de ces trois patients n'avait pas non plus de personne de confiance désignée.

Enfin, la neurolyse sciatique est une **technique analgésique jusqu'alors validée sur l'expérience** : si le choix de la neurolyse s'entourait de doutes pour le patient, il était aussi un défi pour l'équipe médicale. Technique peu étudiée, son rationnel reposait jusqu'ici sur la seule expérience de l'équipe qui la pratique. De plus, cette expérience montrait des devenir de patients acceptables, mais accusait aussi de trajectoires de fin de vie interrogeant sur son bien-fondé.

Cette **incertitude** appelait la mise en place d'une **démarche décisionnelle formalisée**, associant collégialité et pluri-disciplinarité.

La **collégialité** dans la décision, comme énoncée dans la loi Claeys-Leonetti, était recherchée pour l'ensemble des patients. L'avis d'au moins un médecin extérieur à l'équipe des LISP était systématiquement recueilli. Il s'agissait du médecin de l'EMSP, le chirurgien vasculaire, ou l'anesthésiste. Satisfaisant le droit, cette collégialité permet de **baliser la réflexion éthique**, et constitue une **condition préalable** à toute démarche décisionnelle.

Cette **démarche** s'effectuait, au sein de la RCP douleurs complexes, selon les modalités déjà décrites dans la littérature, et retrouvées dans cette étude : inventaire de la situation, choix du patient, délibération, décision. Les arguments ayant fait choisir la neurolyse étaient les suivants : apport d'une analgésie durable, alternative à l'amputation, et retour à domicile. Pour les patients présentant une franche perte d'autonomie de base, la perte de fonction motrice du membre ne semblait pas être un argument en défaveur de la neurolyse.

Seuls neufs patients bénéficiaient en fait de cette approche pluri-disciplinaire en RCP. Pour quatre patients, la décision était prise par le médecin de LISP, au regard de son évaluation, avec l'avis d'un confrère extérieur à l'équipe, pour assurer la collégialité. On peut critiquer cette attitude, car, même si la réalité des symptômes appelle à une solution rapide et efficace, on observait des situations où la neurolyse était un choix discutable. L'évaluation plurielle permet une meilleure appréciation des motivations et craintes du patient, de la situation pathologique, et du pronostic. Seule la confrontation de la subjectivité de chaque soignant, permet de garantir une décision, sinon judicieuse, du moins éclairée, et acceptable.

Ces délibérations en RCP étaient effectuées entre médecins, sauf pour un patient, où l'équipe soignante était présente au complet. Les disciplines retrouvées étaient celles ayant participé à la prise en charge du patient et de son AOMI (chirurgien vasculaire, médecin de la douleur, médecin des LISP, anesthésiste). L'approche éthique suggère pourtant **que la présence des soignants soit requise**, puisqu'elle enrichit la réflexion. Ainsi, les avis de l'équipe infirmière, des aides-soignants, de la psychologue, ou du kinésithérapeute, auraient sans doute apporté des données essentielles sur le ressenti du malade, sur l'autonomie espérée après la neurolyse, sur la faisabilité du retour à domicile, etc. Même si ces éléments étaient sans doute réfléchis lors de la RCP, la démarche décisionnelle repose sur une approche pluri-professionnelle que l'on ne retrouve pas systématiquement ici.

Un contact auprès du **médecin traitant** référent était décrit pour seulement deux patients. Si la participation des omnipraticiens à des staffs hospitaliers est toujours délicate sur le plan organisationnel, leurs avis devraient être sollicités de façon systématique. La relation, avec son patient, apportant plusieurs éclairages sur l'acceptabilité de la neurolyse, et de ses conséquences. Responsable du suivi à domicile ou en EHPAD, il saurait éclairer les modalités de retour sur le lieu de vie. Il devrait aussi être associé à la démarche, puisqu'il sera responsable, seul ou avec l'équipe d'HàD, des soins ultérieurs sur le lieu de vie.

La collégialité dans la décision est une étape nécessaire mais non suffisante à la démarche décisionnelle éthique. Une approche pluri-disciplinaire, et pluri-professionnelle, impliquant le médecin traitant, est indispensable pour envisager un geste tel que la neurolyse sciatique, et l'utiliser à bon escient.

Face à l'incertitude dans la décision, apportée par la technique de neurolyse, par l'ambivalence du patient, et par l'évolution de la pathologie, il est nécessaire de mettre en place une démarche décisionnelle d'équipe, pluri-professionnelle, pour l'enrichir. Comme stipulé dans la loi, la collégialité dans la décision est aussi de rigueur, pour espérer rendre le meilleur avis possible.

4.3.3 ... Après une évaluation rigoureuse de la situation de chaque patient

Ce travail semble indiquer un possible bénéfice de la neurolyse chez certains patients, à confirmer dans d'autres travaux. Il permet aussi d'apprécier des prérequis indispensables à sa mise en place, qui seront discutés dans l'approche pluridisciplinaire.

❖ La nécessité d'une évaluation clinique rigoureuse, et répétée :

La description des patients dans ce travail montrait que le symptôme douloureux était analysé sous plusieurs dimensions. Son **intensité** était mesurée systématiquement, à l'aide de l'EN, ou sur l'EOC. Le type de douleur, neuropathique, ou nociceptif, était aussi recherché, mais pas chez tous les patients. Quatre n'étaient pas accessibles à un interrogatoire prolifique. Quatre autres n'avaient pas cette exploration, ou elle n'était pas tracée dans leur dossier. Au total, **c'est moins de la moitié des patients neurolysés qui avait un examen clinique suggérant l'atteinte neuropathique**. L'évaluation des autres dimensions de la douleur, et le retentissement sur l'individu, était inconstamment retrouvée.

Afin de s'assurer du bénéfice éventuel de la neurolyse, un **bloc-test**, ou la pose d'un cathéter périphérique, permettait de confirmer l'impression clinique. Il semble indispensable avant d'envisager toute technique définitive.

L'alcoolisation du sciatique à visée analgésique ne s'entend que si la technique est **proportionnelle et adaptée à la douleur**. L'évaluation clinique de la douleur, sous le prisme anatomique, fonctionnel, sémiologique, et fonctionnel, est essentielle avant d'envisager toute thérapeutique. Ceci est encore plus vrai pour la neurolyse.

Après réalisation de la neurolyse, une **surveillance clinique** minimum de quelques jours semble nécessaire. Outre le risque de complications locales du geste, plusieurs réévaluations doivent rechercher l'apparition d'un autre territoire douloureux, qui semble à craindre au vu des dossiers consultés. La médiane de suivi, après neurolyse, était de 6 jours, avec des durées allant de 1 à 12 jours. Une surveillance prolongée aurait peut être permis de diminuer le nombre de ré-hospitalisations, et d'améliorer la prise en charge de la douleur.

❖ Une technique de dernier recours, en cas d'insuffisance des autres approches :

Ce travail souligne, comme d'autres, les insuffisances des approches thérapeutiques médicamenteuses, non médicamenteuses, invasives ou non, de l'ICC. C'est de ces **carences** que la neurolyse, ou l'amputation, trouvent leur légitimité.

Pour justifier leur recours, à visée antalgique, il faut s'assurer au préalable que les traitements de première ligne ont été correctement introduits, ou adaptés. Dans l'échantillon de patients, on retrouvait une association d'antalgiques de palier I et palier III, et, chez seulement quatre patients, un antalgique à visée **anti-neuropathique**. L'analyse de la littérature montre que ces molécules apportent pourtant un réel bénéfice, sans effet indésirable majeur.

Les cathéters péri-nerveux étaient les seules thérapeutiques invasives décrites. La survie globale des sujets ayant regagné leur domicile tendait à être, dans cet échantillon, **supérieure à la longévité moyenne de ces KT**. Leur faible pérennité constitue un désavantage par rapport à la neurolyse. À l'inverse, pour les patients dont le pronostic était plus sévère, notamment ceux évalués en phase palliative terminale, leur survie semblait largement couverte par la durée de vie d'un cathéter, et la neurolyse discutable. Le pronostic est essentiel à évaluer.

Avant d'envisager un geste définitif, il faut donc s'assurer que toutes les approches médicamenteuses ont été entreprises, à dose efficace. Il faut aussi s'assurer que les thérapeutiques invasives, telles que les KT péri-nerveux, ne soient pas suffisantes au vu du pronostic du patient.

❖ **Permettre un temps à la réflexion :**

L'adaptation initiale des thérapeutiques médicamenteuses, chez les patients de ce travail, semblait permettre une diminution significative de la douleur, au moins initialement. Ce premier temps était indispensable. Au vu des intensités douloureuses à l'entrée, un soulagement rapide était requis. Il permettait, surtout, de mettre en place, lors de ce **répit**, la réflexion collective.

Un patient de l'étude avait refusé la neurolyse, sur une des hospitalisations précédant son inclusion, pour au final l'accepter. Ceci suggère que le geste d'alcoolisation doit respecter la **temporalité** du patient. En fonction de son vécu, l'intervention n'apparaît pas toujours comme une solution acceptable à un temps donné, mais pourra l'être selon l'évolution.

Une adaptation des thérapeutiques antalgiques en LISP, pour permettre un soulagement minimum des douleurs, paraît nécessaire. Ceci offre un temps pour la réflexion, et peut conduire à reporter le geste à plus tard si la neurolyse n'est pas envisageable dans l'immédiat.

❖ **Des alternatives à considérer :**

Dans ce travail, la majorité des patients s'était vue proposer une amputation. Trois avaient un antécédent d'amputation controlatérale. Ces antécédents, associés à une alternative à l'amputation, que semble constituer la neurolyse, **influençaient sans doute le choix du patient**. L'amputation s'accompagne des écueils cités en introduction. Une étude récente suggère pourtant que, pour certains patients sélectionnés, elle permettrait aussi une amélioration de la qualité de vie⁹⁸. Elle reste une éventualité thérapeutique qui peut bénéficier au patient s'il l'accepte.

L'inclusion dans l'étude montrait des refus à la neurolyse, entraînant une non-inclusion. Sans préjuger de leur devenir, ces patients ne sont a priori pas revenus sur cette décision, car ils n'étaient pas inclus par la suite dans l'étude. On peut imaginer que le traitement conservateur était suffisant, qu'ils aient une amputation, ou que la neurolyse était acceptée après la fin du suivi.

La qualité de vie étant subjective, il faudrait considérer la neurolyse comme une possibilité thérapeutique parmi d'autres. Si elle semble présenter des avantages, son choix sera discuté autour du patient, après une information loyale et appropriée, au sein de la démarche pluridisciplinaire précédemment décrite.

❖ **Une technique qui s'inscrit dans une prise en charge globale de l'individu :**

L'alcoolisation sciatique peut apporter une amélioration sur le plan des douleurs des membres inférieurs. Elle ne peut espérer être la solution à tous les maux du patient. La qualité de vie présente plusieurs dimensions, et la neurolyse n'aura une action que sur l'**aspect physique** de celle-ci. L'accompagnement doit donc être plus **global**, dans le processus décisionnel, mais aussi dans la prise en charge d'éventuelles autres souffrances (morale, crise existentielle, etc). Si la neurolyse est retenue, il faudra qu'elle s'inscrive dans cet accompagnement, et qu'elle donne du sens au patient.

Loin de vouloir formaliser une conduite à tenir pour tous les patients artéritiques, ce développement rappelle que la neurolyse n'est qu'un des aspects de la prise en charge symptomatique de l'ICC, mais qu'elle doit s'inscrire dans une prise en charge globale.

La perspective d'utiliser l'alcoolisation sciatique doit s'envisager après une évaluation rigoureuse, en dernier recours, lorsque toutes les alternatives ont été considérées, ou insuffisantes. Il faut ménager un temps de réflexion, par l'approche thérapeutique initiale, qui servira à la mise en place du processus décisionnel de groupe. La neurolyse s'inscrira alors dans une prise en charge palliative globale d'un patient.

CONCLUSION

La prise en charge de l'AOMI a été étudiée dans de nombreuses études. Certaines rapportent, pour l'ICC, la nécessité d'une orientation palliative des patients, lorsque les thérapeutiques curatives sont impossibles. Ce travail présente une approche palliative de l'artériopathie, réalisée sur la MSPB, qui repose sur une technique analgésique définitive par neurolyse alcoolique du nerf sciatique. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'impact de cette technique sur la qualité de vie des patients. Au delà de l'aspect thérapeutique, l'objectif de l'étude était aussi de comprendre l'approche palliative globale du patient artéritique, et la démarche décisionnelle aboutissant à la mise en place du geste.

Les résultats de ce travail suggèrent que la réalisation de la neurolyse sciatique apporte un bénéfice chez les patients à plusieurs égards.

Ce geste semble procurer une diminution de la douleur, pour la plupart des patients. Elle permettrait de s'affranchir des limites présentées par d'autres interventions : respect du schéma corporel, soulagement durable, et simplicité de réalisation, n'exposant pas le patient à un risque opératoire. En ce sens, la neurolyse paraît moins déraisonnable qu'une amputation.

Quand le pronostic n'est pas assombri par une évolution défavorable à très court terme, l'alcoolisation sciatique semble faciliter un retour au lieu de vie habituel. La fin de vie peut alors s'y envisager, selon le souhait des patients, dans un cadre médicalisé (EHPAD, HAD).

Bien qu'on ne puisse apprécier toutes les dimensions de la qualité de vie, au regard de la méthodologie retenue, on estime donc que cette approche présente un intérêt pour la prise en charge palliative de l'ICC.

Plusieurs questions sont amenées par ce travail. D'abord, il faudrait s'assurer de l'effet analgésique de la technique de neurolyse. Les freins méthodologiques évoqués appellent à une étude plus robuste, pour émettre des conclusions sur ce geste, avec un meilleur niveau de preuve. Au delà de la question antalgique, c'est bien à la qualité de vie, dans ses multiples dimensions, qu'il faudra s'intéresser. Ensuite, une étude plus large permettrait de préciser plus finement les patients qui bénéficieraient d'un tel geste. On l'a expliqué, le pronostic des patients doit être apprécié pour ne pas l'utiliser à mauvais escient. Enfin, cette technique définitive s'accompagne d'une paralysie de membre. Si ce dernier est souvent peu fonctionnel, l'autonomie peut parfois être impactée, et les conséquences sur la qualité de vie, devenir équivoques, alors que l'intention initiale était toute autre. Une évaluation qualitative du ressenti des patients après le geste paraît intéressante, pour comprendre si une telle approche n'est pas délétère, et si elle peut avoir du sens pour l'individu, notamment dans sa sphère existentielle.

De ces constats, trois préconisations peuvent être proposées.

Premièrement, il est essentiel de promouvoir la démarche palliative, de façon générale, et dans la prise en charge des patients artéritiques. Repérés à un stade précoce, ces patients pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, pourraient voir leur qualité de vie améliorée. On préviendrait ainsi des situations plus complexes, où les possibilités thérapeutiques restent limitées en terme d'efficacité ou d'innocuité. Enfin, dans le processus de décision pour un geste définitif, tel que la neurolyse ou une amputation, il semble indispensable de reposer sur cette démarche collégiale et pluridisciplinaire.

Deuxièmement, il faudrait poursuivre l'évaluation autour de ce geste, pour répondre aux interrogations précédemment citées, et ainsi s'assurer des avantages énoncés.

Troisièmement, il convient de considérer la neurolyse sciatique comme un procédé de dernier recours. Si elle présente un bénéfice sur la qualité de vie, on voit que ses avantages potentiels sont contrebalancés par un risque de nuire indirectement au patient. De plus, il serait naïf, et incorrect, de penser que ce procédé analgésique pourrait, à lui seul, suffire dans l'accompagnement d'une personne en fin de vie. Le but n'est donc pas de généraliser cette technique, mais de l'envisager au cas par cas, après une évaluation globale préalable.

« Il existe deux sortes, deux espèces de folie contre lesquelles nous devons nous protéger... L'une est la croyance selon laquelle nous pouvons tout faire, l'autre est celle selon laquelle nous ne pouvons rien faire. »

André Bink. Une saison sèche et blanche (1979)



Gustav Klimt. La Vie et la Mort (1916)

Bibliographie :

- (1) Aboyans V, Sevestre M-A, Désormais I, Lacroix P, Fowkes G, Criqui MH. Épidémiologie de l'artériopathie des membres inférieurs. *La Presse Médicale*. 2018;47(1):38-46.
- (2) Boccalon H. L'ischémie critique chronique des membres : organisation de la prise en charge d'une maladie maligne. *Journal des Maladies Vasculaires*. 2005;30:213-6.
- (3) Maillet A, Skopinski S, Constans J, Doutrelon C. Fréquence des douleurs neuropathiques dans l'ischémie critique chronique des membres inférieurs. *Journal des Maladies Vasculaires*. 2016;41(2):128-9.
- (4) Steunenbergh S-L, Raats J-W, Te Slaa A, De Vries J, Van Der Lann L. Quality of life in patients suffering from critical limb ischemia. *Annals of Vascular Surgery*. 2016;36:310-9.
- (5) Priollet P, Mourad J-J, Cacoub P, Lévesque H, Luizy F, Benelbaz J, et al. L'artériopathie des membres inférieurs en médecine générale. Quelle prise en charge ? *Journal des Maladies Vasculaires*. 2004;29(5):249-256.
- (6) Campbell W, Verfaillie P, Ridler B, Thompson J. Non-operative Treatment of Advanced Limb Ischemia : the Decision for Palliative Care. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2000;19(3):246-9.
- (7) Pickmans L, Smith MA, Keefer P, Marks A. Management of Ischemic Limb Pain. *Journal of Palliative Medicine*. 2018;21(5):720-1.
- (8) Ypsilantis E, Tang T-Y. Prévention des douleurs chroniques après amputation pour artériopathie des membres inférieurs : revue de la littérature. *Annales de chirurgie vasculaire*. 2010;24(8):1230-8.
- (9) SFAP. La circulaire Laroque. 2014 [En ligne] sfap.org [Consulté le 18 juin 2019] Disponible sur : <http://www.sfap.org/document/circulaire-laroque>
- (10) SFAP. Définition et organisation des soins palliatifs en France. 2014 [En ligne] sfap.org [Consulté le 18 juin 2019] Disponible sur : <http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
- (11) Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement. 2015 [En ligne] solidarites-sante.gouv.fr [Consulté le 18 juin 2019] Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf
- (12) Lamau M-L. Origine et inspiration. *Revue d'éthique et de théologie morale*. 2014;282(5):55-81.
- (13) Aubry R, D'Hérouville D, Dayde MC, Hirsch G. Soins palliatifs et soins de support. *Oncologie*. 2005;7(3):203-8.
- (14) HAS. Note de Cadrage : Parcours de Soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative. 2013 [En ligne] has-sante.fr [Consulté le 18 juin 2019] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/note_de_cadrage_soins_palliatifs_web.pdf
- (15) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(8):733-42.
- (16) Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs.
- (17) Kübler-Ross E. *Les derniers instants de la vie*. Genève: Labor et Fides; 1975.
- (18) Doublet Y-M. *Fin de vie, cadre juridique : nouveaux droits, directives anticipées*. Laennec. 2017;71(4):5.
- (19) Gilbert M. L'homme souffrant en quête de sens : du récit de soi à l'identité narrative. Une réflexion à partir de Ricœur. *Psychiatr Sci Hum Neurosci*. 2007;5(1):72-6.

- (20) Regnier E. La pratique des soins palliatifs ambulatoires par les médecins généralistes : recherche des freins à une meilleure pratique [Thèse] Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017.
- (21) OMS. Glossaire de la promotion de la santé. 1999 [En ligne] who.int [Consulté le 13 Juin 2019] Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
- (22) Fagot-Largeault A. Enquête sur la notion de qualité de la vie. Dans : Fagot-Largeault A, rédactrice. Médecine et philosophie. Paris: Presses Universitaires de France; 2010. p.197-226.
- (23) Septans A-L. Méthodologie pour l'évaluation de la qualité de vie adaptée à la fin de vie des patients atteints d'un cancer [Thèse] Université de Franche Comté; 2014.
- (24) Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005;37(4):336-42.
- (25) Wilson IB. Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life: A Conceptual Model of Patient Outcomes. *JAMA*. 1995;273(1):59.
- (26) Bellanger E. Réflexion anthropologique sur le concept de « belle mort ». Communication au : 1^{er} Congrès international francophone de soins palliatifs et d'accompagnement & 17^{ième} Congrès de la SFAP; 28-30 Juin 2011; Lyon.
- (27) Stewart AL, Teno J, Patrick DL, Lynn J. The Concept of Quality of Life of Dying Persons in the Context of Health Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1999;17(2):93-108.
- (28) Fernandez-Petite M. Qualité de vie en soins palliatifs : discours et représentations des patients. *Revue internationale de soins palliatifs*. 2007;22(4):105.
- (29) Aspinall F, Hughes R, Dunckley M, Addington-Hall J. What is important to measure in the last months and weeks of life? A modified nominal group study. *International Journal of Nursing Studies*. 2006;43(4):393-403.
- (30) Cella DF. Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Recherche en soins infirmiers*. 2007;88(1):25.
- (31) Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG. Factors Important to Patients' Quality of Life at the End of Life. *Archives of Internal Medicine*. 2012;172(15):1133-41.
- (32) Steinhauser KE. Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers. *JAMA*. 2000;284(19):2476.
- (33) Lagabrielle D, Duguay C, Guyot F, Frossard M, Franco A. Évaluation et soins palliatifs. Première partie : les questionnaires de qualité de vie en fin de vie. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. 2005;4(3):101-7.
- (34) Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliative Medicine*. 1995;9(3):207-19.
- (35) Byock IR, Merriman MP. Measuring quality of life for patients with terminal illness: the Missoula-VITAS® quality of life index. *Palliative Medicine*. 1998;12(4):231-44.
- (36) Schwartz CE, Merriman MP, Reed G, Byock I. Evaluation of the Missoula-VITAS Quality of Life Index—Revised: Research Tool or Clinical Tool? *Journal of Palliative Medicine*. 2005;8(1):121-35.
- (37) Steinhauser KE, Clipp EC, Bosworth HB, Mcneilly M, Christakis NA, Voils CI, et al. Measuring quality of life at the end of life: Validation of the QUAL-E. *Palliative and Supportive Care*. 2004;2(1):3-14.

- (38) Larsen ASF, Reiersen AT, Jacobsen MB, Kløw N-E, Nordanstig J, Morgan M, et al. Validation of the Vascular quality of life questionnaire – 6 for clinical use in patients with lower limb peripheral arterial disease. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2017;184(15):1-10
- (39) Rees J, MacDonagh R, Waldron D, O'Boyle C. Measuring quality of life in patients with advanced cancer. *European Journal of Palliative Care*. 2004;11(4):104-6
- (40) Boitte P. L'éthique à l'hôpital, pour quoi faire ? *Ethica Clinica*. 1996;1:20.
- (41) Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil; 1990.
- (42) Beauchamp TL, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New-York/Oxford : Oxford University Press, 2001.
- (43) Le Coz P. Les principes éthiques et les émotions dans la décision médicale. *Médecine thérapeutique / Pédiatrie*. 2009;12(6):383-390.
- (44) Leheup B. Le principe du double effet : un outil aidant à la réflexion éthique dans le cadre de la sédation pour détresse en phase terminale. *Médecine Palliative*. 2006;5(2):82-6.
- (45) Hirsch E. *Fins de vie, éthique et société*. Toulouse: Érès; 2012.
- (46) Delassus E. La spécificité de la décision médicale. HAL Archives ouvertes. 2011:7.
- (47) Le Coz P. *Petit traité de la décision médicale*. Paris: Seuil; 2007.
- (48) Ceccaldi J. Démarche palliative et prise de décision éthique. *Oncologie*. 2008;10:105-112.
- (49) Gomas J-M. Démarche pour une décision éthique. *La Presse Médicale*. 2001;30(19):7.
- (50) Questionnements éthiques en fin de vie : démarche décisionnelle. Paternostre B. [En ligne] Cours du DU de Soins palliatifs [Consulté le 10 Fév 2019] Université de Bordeaux. Disponible sur <http://apprentoile.u-bordeaux.fr/ressources/medecine>
- (51) Outil d'aide au questionnement en équipe face à une situation gériatrique relevant de la loi Leonetti. Groupe SFAP/SFGG [En ligne] sfap.org [Consulté le 10 Fév 2019]. Disponible à <http://www.sfap.org/system/files/outil-aide-leonetti-adeq.pdf>
- (52) Saussac C, Bernard N, Paternostre B, Burucoa B. Limitations et arrêts de traitements chez les patients en lits identifiés de soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. 2013;12(5):219-26.
- (53) Paternostre B. Représentations de la fin de vie, de l'arrêt des traitements, de la collaboration avec une équipe mobile de soins palliatifs pour des situations complexes de limitations et arrêts de thérapeutiques actives en réanimation. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. 2009;8(4):185-91.
- (54) Becker F. Histoire de la claudication intermittente d'origine artérielle : Syndrome de Bouley-Charcot. *Journal des Maladies Vasculaires*. 2005;30(2):114-7.
- (55) Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Journal of Vascular Surgery*. 2007;45(1):55-67.
- (56) Paul J-L, Baudin B. Physiopathologie de l'athérosclérose et marqueurs précoces. *Revue Francophone des Laboratoires*. 2009;2009(409):41-50.

- (57) Rohen J-W, Yokochi C. Anatomie humaine : Atlas photographique de l'anatomie systématique et topographique. 3^{ème} éd. Paris: Maloine; 2017.
- (58) HAS. Prise en charge de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. 2006. [En ligne] has-sante.fr [Consulté le 13 Juin 2019] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/AOMI_recos.pdf
- (59) Boulet P, Bouchez T, Darmon D. Mesure de l'IPS en médecine générale pour le dépistage de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. *Exercer*. 2016;125(27):138-42
- (60) Thompson J, Henke P. Contemporary Management of Critical Limb Ischemia. *Advances in surgery*. 2018;1:1-18
- (61) Cailleux N. L'oxymétrie transcutanée statique : méthode et intérêts au cours des artériopathies des membres inférieurs. *RBM-News*. 1995;17(7):201-3.
- (62) Go J, Kim JY. TCTAP A-075 Usefulness of Transcutaneous Pressure of Oxygen (TcPO₂) for Critical Limb Ischemia (CLI). *Journal of the American College of Cardiology*. 2019;71(16):S42.
- (63) Fagher K, Katzman P, Löndahl M. Transcutaneous oxygen pressure as a predictor for short-term survival in patients with type 2 diabetes and foot ulcers: a comparison with ankle-brachial index and toe blood pressure. *Acta Diabetol*. 2018;55(8):781-8.
- (64) Fichelle J-M. Ischémie critique chez le malade âgé : attentisme ou agressivité chirurgicale raisonnée ? *Journal des Maladies Vasculaires*. 2012;37:124-131
- (65) Kavros S-J, Delis K.T et al. Improving limb salvage in critical limb ischemia with intermittent pneumatic compression: a controlled study with 18-month follow up. *Journal of Vascular surgery*. 2008;47:543-9
- (66) Lim C, Tartaglia E, Tremblay B, Angha S, Gigou F. Amputation de genou dérivée de la technique de Gritti-Stokes pour artériopathie chronique chez le sujet âgé : est-ce faisable et raisonnable ? *Journal des Maladies Vasculaires*. 2011;36:261-9
- (67) Chopra A, Azarbal AF, Jung E, Abraham CZ, Liem TK, Landry GJ, et al. Ambulation and functional outcome after major lower extremity amputation. *Journal of Vascular Surgery*. 2018;67(5):1521-9.
- (68) Jones WS, Patel MR, Dai D, Vemulapalli S, Subherwal S, Stafford J, et al. High mortality risks after major lower extremity amputation in Medicare patients with peripheral artery disease. *American Heart Journal*. 2013;165(5):809-815.
- (69) Flessinger et al. Grand âge et médecine vasculaire : des décisions par étapes. *Laennec*. 2005;4(53):6-16
- (70) Rüger LJ, Irnich D, Abahji TN, Crispin A, Hoffmann U, Lang PM. Characteristics of chronic ischemic pain in patients with peripheral arterial disease. *Pain*. 2008;139(1):201-8.
- (71) Lang PM, Schober GM, Rolke R, Wagner S, Hilge R, Offenbächer M, et al. Sensory neuropathy and signs of central sensitization in patients with peripheral arterial disease. *Pain*. 2006;124(1):190-200.
- (72) Gröne E, Üçeyler N, Abahji T, Fleckenstein J, Irnich D, Mussack T, et al. Reduced intraepidermal nerve fiber density in patients with chronic ischemic pain in peripheral arterial disease. *Pain*. 2014;155(9):1784-92.
- (73) Woelk C. Prise en charge d'une ischémie critique des membres. *Canadian Family Physician*. 2012;58:491-4.
- (74) Mills JL, Conte MS, Armstrong DG, Pomposelli FB, Schanzer A, Sidawy AN, et al. The Society for Vascular Surgery Lower Extremity Threatened Limb Classification System: Risk stratification based on Wound, Ischemia, and foot Infection (WIfI). *Journal of Vascular Surgery*. 2014;59(1):220-234.
- (75) Patel RS. Team Approach to Critical Limb Ischemia Care and Research. *Techniques in Vascular and Interventional Radiology*. 2016;19(2):101-3.

- (76) Laoire ÁN, Murtagh FEM. Systematic review of pharmacological therapies for the management of ischemic pain in patients with non-reconstructable critical limb ischaemia. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2018;8:400-410.
- (77) Stephan D, Griffon C, Welsch M, Boila S, Fend E. Traitement de l'ischémie critique chronique des membres inférieurs en dehors de la revascularisation. *Annales de Cardiologie et d'Angiologie*. 2007;56:70-3.
- (78) Wiffen PJ, Derry S, Bell RF, Rice ASC, Tölle TR, Phillips T, Moore RA. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;6:1-131.
- (79) Morris-Stiff G, Lewis MH. Gabapentin (Neurontin®) improves pain scores of patients with critical limb ischaemia: An observational study. *International Journal of Surgery*. 2010;8(3):212-5.
- (80) Aurilio B, Pace MC, Passavanti MB. Transdermal buprenorphine combined with spinal morphine and naropaine for pain relief in chronic peripheral vasculopathy. *Minerva Anesthesiology*. 2005;71(7-8):445-9.
- (81) European study group. Intravenous pentoxifylline for the treatment of chronic critical limb ischaemia. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 1995;9(4):426-36.
- (82) Straube S, Derry S, Moore RA, Cole P. Cervico-thoracic or lumbar sympathectomy for neuropathic pain and complex regional pain syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;9:1-22.
- (83) Alexander JP. Chemical lumbar sympathectomy in patients with severe lower limb ischaemia. *The Ulster Medical Journal*. 1994;63(2):137-143.
- (84) Cousins J, Reeve TS, Glynn CJ, Walsh JA, Cherry DA. Neurolytic Lumbar Sympathetic Blockade: Duration of Denervation and Relief of Rest Pain. *Anesth Intens Care*. 1979;7:121-35.
- (85) Nesargikar PN, Ajit MK, Eysers PS, Nichols BJ, Chester JF. Lumbar chemical sympathectomy in peripheral vascular disease: Does it still have a role? *International Journal of Surgery*. 2009;7(2):145-9.
- (86) Holiday FAC, Barendregt WB, Slappendel R, Crul BJP, Buskens FGM, van der Vliet JA. Lumbar sympathectomy in critical limb ischaemia: surgical, chemical or not at all? *Cardiovascular Surgery*. 1999;7(2):200-2.
- (87) Bures É, Schneider L, Rivet P, Quillet J-F, Étienne G, Constantin J-M, et al. Prise en charge de la douleur chronique rebelle des malades artéritiques par cathéters périmerveux et infusion continue d'anesthésique local de longue durée. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 2007;8(3):174-80.
- (88) Bures É, Steiner T. Utilisation des cathéters périmerveux à domicile pour le traitement de la douleur chronique : les obstacles en 2016. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 2016;17(3):161-6.
- (89) Maison de Santé de Bordeaux-Bagatelle : les chiffres clés [En ligne] mspb.com [Consulté le 30 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.mspb.com/qui-sommes-nous-presentation/>
- (90) Zielinski A. Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités. *Gérontologie et société*. 2009;131(32):11-24.
- (91) Garcia-Larrea L, Magnin M. Physiopathologie de la douleur neuropathique : revue des modèles expérimentaux et des mécanismes proposés. *La Presse Médicale*. 2008;37(2):315-40.
- (92) Martinez V, Attal N, Bouhassira D, Lanteri-Minet M. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. 2010;11(1):3-21.
- (93) D'Souza RS, Hooten WM. Neurolytic Blocks. In: *StatPearls* [En ligne]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [Consulté le 30 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537360/>

- (94) D'Souza RS, Warner NS. Phenol Nerve Block. In: StatPearls [En ligne]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [Consulté le 30 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525978/>
- (95) Weksler N, Klein M, Gurevitch B, Rozentsveig V, Rudich Z, Brill S, et al. Phenol Neurolysis for Severe Chronic Nonmalignant Pain: Is the Old also Obsolete? *Pain Medicine*. 2007;8(4):332-7.
- (96) Caraceni, A. et al. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J. Pain Symptom Manage*. 2002;23:239–255
- (97) Toth et al. Substitution of gabapentin therapy with pregabalin therapy in neuropathic pain due to peripheral neuropathy. *Pain Medicine* 2010;11:456–465.
- (98) Peters CM, de Vries J, Veen EJ, de Groot HG, Ho GH, Lodder P, et al. Is amputation in the elderly patient with critical limb ischemia acceptable in the long term? *Clin Interv Aging*. 2019;14:1177-85.

Annexes :

Annexe 1 : Repères pour la démarche décisionnelle éthique

Source : Groupe de travail SFAP/SFGG. Outil d'aide au questionnement en équipe face à une situation gériatrique relevant de la loi Leonetti. 2011. [En ligne] sfap.org [Consulté le 21 Aout 2019]
 Disponible sur : <http://www.sfap.org/system/files/outil-aide-leonetti-ade.pdf>

GRILLE DE QUESTIONNEMENT ETHIQUE Dr RENEE SEBAG LANOE <small>« SOIGNER LE GRAND AGE » ED DESCLEE DE BROUWER, PARIS 1992</small>	<small>Organigramme de la</small> Décision après une Démarche Ethique D.D.E. version 3 © Dr J-M GOMAS, 2010
Quelle est la maladie principale de ce patient ?	1- INVENTAIRE PRECIS :
Quel est son degré d'évolution ?	CONCERNANT LE MALADE : - le malade, ses Directives Anticipées - la maladie - la famille et l'entourage, la Personne De Confiance
Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?	1- des <u>données techniques, et scientifiques</u> 2- des <u>données cliniques</u> 3- des <u>ressources humaines disponibles</u>
Est-il facilement curable ou non ?	CONCERNANT LES ACTEURS DU SOIN : 1- le médecin prescripteur 2- les soignants et les autres acteurs 3- le cadre déontologique, légal, le lieu du soin
Y a-t-il eu répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes diverses ?	2- DELIBERATION INTERDISCIPLINAIRE : Elle nécessite : 1- <u>du temps</u> , organisé et voulu 2- un <u>espace de parole</u> vraie, et de vraie parole 3- une <u>maturation</u> des acteurs du soin .Permise par une <u>discussion interdisciplinaire</u> .permettant des explications intelligibles et assimilables .pour argumenter les futurs choix possibles .avec prise en compte des Directives anticipées, et de l'avis de la Personne de Confiance
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 ?	3- DECISION :
Qu'en pense la famille ? (Tenir compte de...)	1- Elaboration d'un <u>acte monodisciplinaire</u> sous l'autorité du référent concerné: explicité, cet acte deviendra consensuel et donc multidisciplinaire
Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?	2- Organisation -de l'annonce de la décision au malade, avec <u>consentement éclairé</u> , -des stratégies pour chacun des acteurs
	3- Programmation de la <u>réévaluation</u> , + nouvel inventaire

Annexe 2 : Palliative Performans Scale – Échelle de performance pour patients en soins palliatifs

Source : Victoria's Hospice Society. Échelle de performance pour patients en soins palliatifs. 2001. [En ligne] victoriahospice.org [Consulté le 21 Aout 2019] Disponible sur : https://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_french.pdf

Niveau performance	Mobilité	Activité et Intensité de la maladie	Autonomie pour les soins personnels	Alimentation	Niveau de conscience
100 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Aucune manifestation de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
90 %	Complète	Activité et travail: normaux <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale	Normal
80 %	Complète	Activité normale avec effort <i>Certains signes de maladie</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
70 %	Réduite	Incapable de travailler normalement <i>Maladie évidente</i>	Autonome	Normale ou diminuée	Normal
60 %	Réduite	Incapable d'accomplir passe-temps/tâches ménagères <i>Maladie évidente</i>	Aide nécessaire occasionnellement	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
50 %	Surtout assis/couché	Incapable de faire tout travail <i>Maladie avancée</i>	Beaucoup d'aide nécessaire	Normale ou diminuée	Normal ou confusion
40 %	Surtout alité	<i>Incapable d'accomplir la majeure partie de ses activités</i> <i>Maladie avancée</i>	Assistance requise la plupart du temps	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
30 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Normale ou diminuée	Normal ou somnolence +/- confusion
20 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Réduite à des gorgées	Normal ou somnolence +/- confusion
10 %	Toujours au lit	N'accomplit aucune activité <i>Maladie avancée</i>	Soins complets	Soins de la bouche seulement	Somnolence ou coma +/- confusion
0 %	Mort	-	-	-	-

Annexe 3 : Questionnaire DN4

Source : Bouhassira D et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire. Pain. 2005;114-29

Interrogatoire du patient

Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

1. Brûlure
2. Sensation de froid douloureux
3. Décharges électriques

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

1. Fourmillements
2. Picotements
3. Engourdissement
4. Démangeaisons

Examen du patient

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

1. Hypoesthésie du tact
2. Hypoesthésie à la piqûre

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

1. Le frottement

Annexe 4 : Échelle d'Observation Comportementale modifiée

Source : CCECQA, USD du CHU de Bordeaux. Echelle EOC. 2008. [En ligne] ccecqa.asso.fr [Consulté le 21 Aout 2019] Disponible sur :

http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/eocm_consignes.pdf

Echelle d'Observation Comportementale modifiée			Score
<i>Noter pour chaque item la situation caractérisant au mieux le patient.</i>			
Pousse des gémissements, des plaintes (Expression de pleurs, de gémissements, de cris avec ou sans larmes)	Absent	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
Front plissé, crispation du visage (Expression du visage, du regard, et mimiques douloureuses)	Absent	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
Attitudes antalgiques visant à la protection d'une zone en position de repos "assis ou allongé" (Recherche active d'une posture inhabituelle ou adoption spontanée et continue d'une position de protection d'une zone présumée douloureuse)	Absent	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
Mouvements précautionneux (A la sollicitation, réaction de défense coordonnée ou non d'une zone présumée douloureuse, ou évitement de la mobilisation d'une zone présumée douloureuse)	Absent	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
Agressivité/agitation ou mutisme/prostration (Communication intensifiée traduite par une forte agitation ou absence/refus de communication traduit par une absence de mouvements ou replis sur soi)	Absent	0	
	Faible	1	
	Marqué	2	
Score total <i>Le patient est considéré comme douloureux si le score total est supérieur ou égal à 2.</i>			/10

Résumé :

Introduction : Les patients présentant une Ischémie Critique Chronique (ICC) des membres inférieurs ne sont pas toujours accessibles à un traitement curatif vasculaire. Les seules possibilités deviennent l'amputation du membre, ou un traitement symptomatique. Empreintes de limites, elles peinent à soulager la douleur du patient, ou occasionnent des effets néfastes. Dans cette approche palliative de l'ICC, l'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact d'une neurolyse alcoolique du nerf sciatique, sur la qualité de vie, et d'évaluer le processus aboutissant à cette décision.

Méthode : La méthodologie retenue est une étude descriptive rétrospective sur dossiers médicaux de 13 patients en LISP, sur la MSPB, entre 2017 et 2019. Le postulat est que, permettant une amélioration antalgique, et un retour à domicile, le geste, serait gage de qualité de vie.

Résultats : On observe, chez les patients ayant regagné leur domicile (la majorité de l'échantillon, 61,5%), un effet antalgique significatif entre l'intensité douloureuse initiale, et la sortie. La médiane de survie est de 41 jours après intervention. Deux patients ont été ré-hospitalisés, dont un pour douleur sur régénérescence nerveuse. Les cinq patients n'ayant pu regagner leur domicile sont décédés après une durée médiane de 7 jours post-intervention. Un geste complémentaire a parfois été nécessaire, devant l'apparition d'un nouveau territoire douloureux. La recherche de collégialité existait pour tous les patients. La réflexion pluridisciplinaire, dans une démarche décisionnelle formalisée, est décrite pour la majorité. Les motivations pour la neurolyse sont l'analgésie pérenne, le retour à domicile, le refus de l'amputation, et le caractère peu fonctionnel du membre atteint.

Discussion : Cette étude suggère un bénéfice de la neurolyse, mis en balance avec les limites évoquées : méthodologiques d'abord, et celles inhérentes à la technique. Des études complémentaires sont nécessaires pour recommander ce geste, qui ne peut s'effectuer qu'après évaluation rigoureuse, et délibération pluridisciplinaire collégiale.

Summary :

Alcoholic neurolysis of the sciatic nerve, for critical limb ischemia: impact on patient's quality of life. Retrospective study based on palliative care unit from January 2017 until April 2019.

Introduction: Patients with critical limb ischemia do not always benefit from a specific vascular approach, often leaving amputation or a conservative treatment as the only remaining solutions, which are limited in terms of pain relief and side effects. In such cases, the palliative approach is necessary. The aim of this study is to assess the impact of sciatic nerve neurolysis, on the quality of life, as well as to understand the process that leads to this decision.

Method: This work is a descriptive, retrospective study, based on medical files from 13 patients hospitalized in the palliative care unit from MSPB, between 2017 and 2019. The main hypothesis is that through this intervention, pain management is achieved, allowing patients to return home, and may result in improved quality of life.

Results: In patients who returned home (a majority, 61.5%), a significant analgesic effect resulted between pain intensity at the beginning, and end of the hospitalization. The median value of survival, after the intervention, was 41 days, with two patients re-admitted, one for a nerve regeneration. Five patients did not return home, and died after a median length of 7 days, post-neurolysis. Additional neurolysis was occasionally required when pain occurred in a different nerve segment. Each care plan was a collaborative effort, facilitating a multidisciplinary effort for most patients. The decision was driven by the goal of a long-term pain relief, a way to return home, amputation-avoidance, and pre-existing limb function limitation.

Discussion: This study suggests that neurolysis may improve the patient's quality of life. However, limitations remain regarding the study design, and for alcoholic neurolysis itself; thus further is necessary. This method should only be considered after strict examination, through multidisciplinary collaboration.

Serment médical :

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.