



## Un patient découvre les risques de sa chirurgie, en consultation d'anesthésie

Laurent Beydon, pour le Comité éthique de la Société française d'anesthésie et de réanimation<sup>1</sup>

Disponible sur internet le :  
4 février 2016

CHU d'Angers, département d'anesthésie-réanimation, 4, rue Larrey,  
49033 Angers cedex 9, France

### Correspondance :

Laurent Beydon, CHU d'Angers, département d'anesthésie-réanimation,  
4, rue Larrey, 49033 Angers cedex 9, France.  
[Lbeydon.angers@in vivo.edu](mailto:Lbeydon.angers@in vivo.edu)

### Mots clés

Éthique  
Professionalisme  
Relations médecin-malade

### ■ Résumé

Cette vignette décrit une situation courante où l'anesthésiste découvre un patient dont l'indication opératoire est très limite. Récuser ou opérer présentent tous deux avantages et inconvénients. Le consentement éclairé du patient s'impose. Afin de tenter de trouver la voie la moins conflictuelle vis-à-vis des médecins qui ont posé l'indication opératoire et pour ne pas heurter le patient, on évoque ici une approche pas à pas. En bref, une récusation temporaire est expliquée au patient, le temps de ré analyser le dossier de façon collégiale. On verra que cette voie est largement étayée par la déontologie médicale.

### Keywords

Ethics  
Professionalism  
Patient doctor  
communication

### ■ Summary

#### A patient told about the risks of his surgery by the anesthesiologist

*This clinical vignette considers the common issue of a patient being told by the anesthesiologist about the risks of his surgery without previous explanation from those who have planned the surgery. Deciding to perform or cancel the surgery presents both strengths and shortcomings. A full informed consent is required but not possible in this unprepared situation. We consider here a stepwise strategy to limit causes of conflicts among doctors and preserve patient sensitivity. In short, a temporary cancellation of surgery is suggested and explained to the patient, in order to allow reassessing the case by all participating doctors. We underscore the points from deontology, which applies to vignette.*

### Vignette clinique

Un patient de 69 ans, présente un cancer du poumon (lobe supérieur droit). Il lui est proposé une lobectomie après discussion médico-chirurgicale en RCP (dont vous n'avez pas le compte rendu dans le dossier). C'est est un ancien tabagique, présentant une BPCO physyémateuse évoluée, un alcoolisme

<sup>1</sup> Bassam Al Nasser, Arié Attias, Houtin Baghdadi, Antoine Baumann, Jean-Etienne Bazin, Laurent Beydon, Philippe Bizouarn, Frédérique Claudot, Fabienne Fieux, Christophe Frot, Caroline Guibet Lafaye, Olivier Muzard, Armelle Nicolas Robin, Virginie Orjubin, Manuel Otero Lopez, France Roussin, Emmanuel Samain, Benoit Veber.

sevré depuis 5 semaines. Sa fonction respiratoire réalisée par son pneumologue (EFR, scintigraphie, gaz du sang, DLCO) est limite pour l'intervention, et vous doutez de la tolérance d'une exérèse supérieure à la lobectomie, si elle s'imposait. La date opératoire est fixée à 10 jours après votre consultation, avec une semaine de kinésithérapie respiratoire programmée. Il n'y a pas d'évaluation cardiologique.

Vous constatez une dyspnée à la parole, des râles bronchiques bilatéraux. Il fait plus que son âge.

Vous l'informez des modalités anesthésiques (AG + ALR), des risques de la chirurgie et notamment la possibilité d'une exérèse plus étendue (bilobectomie ou pneumonectomie) selon le résultat de l'analyse extemporanée. Vous expliquez une hospitalisation postopératoire en réanimation et le risque d'une insuffisance respiratoire postopératoire avec éventuellement une trachéotomie en cas de sevrage difficile. Il existe un risque vital évident, dans ce contexte. Pour mémoire, vous êtes expérimenté en chirurgie thoracique et assurez usuellement l'anesthésie et la réanimation postopératoire de ces patients.

Le patient vous dit qu'on ne lui a pas présenté les choses de façon aussi alarmante et qu'il refuse absolument le principe d'une trachéotomie. Le patient n'a pas rédigé de directives anticipées. Son épouse qui est présente ne prend pas part au débat.

Que faites-vous ? On ne cherche pas ici à discuter l'aspect technique de l'indication opératoire, mais l'interaction entre l'anesthésiste réanimateur, le patient et les autres spécialistes concernés que les réserves de l'anesthésiste réanimateur vont susciter.

### Problématique

Vous constatez un hiatus entre le risque élevé de cette chirurgie sur ce terrain, tel que vous l'évaluez, et le niveau d'information et d'acceptation du patient. Vous ne mettez pas en cause la compétence technique des chirurgiens et pneumologues.

Vous êtes face à un patient qui semble comprendre les enjeux, mais refuse les options thérapeutiques nécessaires, s'il se compliquait. En outre, son intempérance vous laisse craindre un patient difficile à gérer en postopératoire. Vous avez l'expérience de cas similaires qui ont connu des suites malheureuses.

### Que disent le droit et les bonnes pratiques ?

L'éthique professionnelle vous impose de résoudre ce conflit latent de façon.

### Quels sont les pièges à éviter ?

***Vouloir ne pas délivrer une information délicate, car après tout, pneumologue et/ou chirurgien auraient dû le faire et le risque envisagé***

Le code de déontologie vous demande de dispenser « une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose » (Article R. 4127-35 du CSP). Ce dernier envisage pourtant : « Toutefois.../... dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un

diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite » (Article R. 4127-35 du CSP). Or, si cette chirurgie n'est pas obligatoire, elle constitue la seule option thérapeutique potentiellement active. En outre, l'anesthésie en tant que telle n'est pas un problème. Si vous suivez cette ligne, vous isolez l'anesthésie de la globalité de la prise charge péri-opératoire. Vous faites l'impasse sur le fait que l'adhésion du patient à l'ensemble du programme proposé, y compris en post-opératoire est un prérequis essentiel pour plusieurs raisons : il apparaît peu éthique de consacrer des ressources complexes à un patient qui n'adhérerait pas au projet ou ferait le choix éclairé de l'abstention chirurgicale. A contrario, ne pas envisager les risques et leur gestion en cas de complications reviendrait à transférer la gestion d'un conflit potentiel aux médecins qui seront en charge du patient, en réanimation. Ce serait exposer le patient et ses proches à constater que son choix de l'intervention n'aurait pas été éclairé. La gestion du conflit qui en résulterait incomberait aux réanimateurs qui se trouveront en situation de fait accompli. . .

### ***Récuser le patient à ce stade***

« L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes » (Article R. 4127-69 du CSP). Cela peut vous conforter pour récuser le patient au travers de l'indication anesthésique pour laquelle vous êtes le spécialiste. Vous avez expérience et expertise dans ce domaine. Récuser ce cas limite à votre consultation est licite car elle est prévue prochainement et c'est le dernier moment pour le faire, mais à quel prix ? L'équipe médico-chirurgicale en charge du patient qui a posé l'indication en RCP aurait des motifs légitimes pour considérer cette décision de récusation en consultation d'anesthésie comme arbitraire. Elle peut ne pas adhérer à votre estimation du risque d'insuffisance respiratoire postopératoire et éventuellement vous reprocher de ne pas avoir participé à cette RCP. Ces médecins ont l'expérience de cette pathologie, de son évaluation et de ses résultats. Ils vous citeraient peut-être des cas similaires qui ont été des succès. Enfin, pneumologue et chirurgien ont vu le patient avant vous. Or, on ne décèle pas de dissensus avéré entre eux. Enfin, l'immédiateté de votre éventuelle décision de récusation et son caractère irrévocable peut-elle être comprise/acceptée par le patient qui vous voit pour la première fois et après un processus structuré d'amont ? Il ne vous perçoit peut être que comme un prestataire imprévu. . .

### ***Et si la seule décision urgente était de différer la chirurgie, le temps d'une rediscussion du dossier, plutôt qu'une récusation formelle ?***

Revenons à votre première conviction : cette indication n'est pas aussi simple que cela et vous souhaitez la rediscuter avec les autres spécialistes. Pourquoi, valider l'indication ou la récuser

à votre consultation ? L'urgence ne serait-elle pas plutôt d'expliquer au patient la difficulté de la décision et votre besoin de rediscuter l'indication pour lui permettre un choix éclairé, les options proposées ayant été rediscutées collégialement ? En effet, « aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement » (Article R.4127-41 du CSP). Ce report ne diffèrera que de peu l'intervention, si elle est maintenue, et ne constitue pas en soi un casus belli, contrairement à une récusation unilatérale.

#### **Deux collèges : celui des anesthésistes et celui de la RCP**

Discuter ce dossier, avec les autres anesthésistes en préalable est utile : vous confrontez votre analyse de spécialistes à celle de vos pairs : les bonnes analyses ont des chances d'en résulter. Vous affinerez le raisonnement (« pour » et « contre ») et c'est l'avis d'un groupe de spécialistes que vous présenterez en RCP et non pas celui d'un acteur isolé. C'est un gage de sérieux « du groupe anesthésique » propice à faciliter l'échange dépassionné entre spécialistes.

#### **En discuter informer rapidement les autres médecins impliqués**

« À l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient » (Article R.4127-60 du CSP). Un coup de fil ou un email font aussi bien. Votre information sera argumentée (report de l'intervention en vue d'une discussion multidisciplinaire) et colligée dans le dossier patient, avec les autres consultants comme destinataires. « Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade » (Article R. 4127-64 du CSP).

## **Le message**

L'implication de votre groupe participe à l'expérience collective : ce cas limite et difficile ne forgera pas l'expérience d'un seul mais de tous et réciproquement. Différer une intervention pour en rediscuter ensemble ne peut être mal vécu, sauf à systématiquement différer pour tout et rien. Le consensus qui résulterait d'une seconde discussion collégiale aura le mérite d'avoir mûrement pondéré les bénéfices et risques attendus. Celui ou ceux qui aura(ont) été désigné(s) pour porter ce message au patient, lors d'une nouvelle consultation, aura toute la légitimité du groupe des spécialistes impliqués. Les arguments qu'il(s) apportera(ont) au patient pourront s'articuler avec l'avis que le patient pourra formuler à ce moment. Car, durant ce temps, il aura également pu réfléchir, seul, avec ses proches, son médecin et d'autres encore. Au final, ces étapes et le délai qu'elles imposent sont probablement perturbants pour le patient à qui une date opératoire a été donnée avant la consultation d'anesthésie. Paradoxalement, une fois comprise la démarche, son adhésion au projet chirurgical en question (ou à sa limitation, voire son abandon) en sortira probablement renforcée. Ce délai peut être mis à profit pour que le patient et ses proches envisagent la situation dans son ensemble et notamment la rédaction de directives anticipées et l'adjonction de soins palliatifs précoces. Ces deux points sont aussi du ressort du groupe médical qui doit aider à les penser puis les planifier.

## **Références légales et professionnelles**

Articles du code de la santé publique (CSP) : tels que cités dans le texte, entre parenthèses.

**Déclaration de liens d'intérêts** : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## **Pour en savoir plus**

Choi H, Mazzone P. Preoperative evaluation of the patient with lung cancer being considered for lung resection. *Curr Opin Anaesthesiol* 2015;28:18-25.

Ferguson MK, Watson S, Johnson E, Vigneshwaran WT. Predicted postoperative lung function is associated with all-cause long-term mortality after major lung resection for cancer. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014;45:660-4.

Spyratos D, Zarogoulidis P, Porpodis K, Angelis N, Papaiwannou A, Kioumis I, et al. Preoperative evaluation for lung cancer resection. *J Thorac Dis* 2014;6 Suppl. 1:S162-6.

Taylor MD, LaPar DJ, Isbell JM, Kozower BD, Lau CL, Jones DR. Marginal pulmonary function

should not preclude lobectomy in selected patients with non-small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014; 147:738-44.

Brunelli A, Kim AW, Berger KI, Ddrizzo-Harris DJ. Physiologic evaluation of the patient with lung cancer being considered for resectional surgery: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed. American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2013; 143:e166S-e90S.

Puente-Maestu L, Villar F, Gonzalez-Casurran G, Moreno N, Martinez Y, Simon C, et al. Early and long-term validation of an algorithm assessing fitness for surgery in patients with postoperative FEV(1) and diffusing capacity of

the lung for carbon monoxide < 40%. *Chest* 2011;139:1430-8.

Cerfolio RJ, Bryant AS. Different diffusing capacity of the lung for carbon monoxide as predictors of respiratory morbidity. *Ann Thorac Surg* 2009; 88:405-10.

Brunelli A, Charloux A, Bolliger CT, Rocco G, Sculier JP, Varela G, et al. The European Respiratory Society and European Society of Thoracic Surgeons clinical guidelines for evaluating fitness for radical treatment (surgery and chemoradiotherapy) in patients with lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg* 2009;36:181-4.