



ÉTHIQUE ET CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

Que faire si la famille ne souhaite pas qu'on débranche le système de ventilation artificielle ?

SITUATION

Un adolescent de 16 ans a été victime d'un accident de la route et a subi un grave TCC. Des examens médicaux approfondis ont permis de déterminer avec certitude que le garçon se trouve dans le coma. Il est à l'unité des soins intensifs, maintenu en vie par un système de ventilation artificielle. On lui administre de nombreux médicaments pour que son cœur continue de battre. Nulle intervention médicale ne peut modifier l'état pathologique du jeune homme ni prévenir sa mort physique. Il n'en demeure pas moins que sa famille refuse d'interrompre le traitement médical, dans l'espoir qu'il se produise un « miracle ».



DILEMME

La famille a exprimé le désir qu'on continue à prodiguer des soins à leur fils, mais cette volonté ne correspond pas à son état sur le plan médical.



DISCUSSION

Quels arguments présenteriez-vous à l'appui du souhait exprimé par la famille de ne pas interrompre les traitements ? Quels arguments présenteriez-vous pour soutenir l'arrêt de tout traitement ?

Oxygénation et ventilation insuffisantes

L'insuffisance de l'oxygénation et de la ventilation peut rendre nécessaire le recours à la ventilation artificielle. Le personnel infirmier doit s'assurer que les voies respiratoires de la personne sont dégagées, et qu'elle ne présente pas de difficulté respiratoire, d'atélectasie ou de pneumonie. Les interventions peuvent consister à mettre en place une sonde endotrachéale, une ventilation artificielle et une pression expiratoire positive. Ces techniques sont présentées plus en détail aux chapitres 27  et 64 .

Déséquilibres hydroélectrolytique et nutritionnel

Des déséquilibres hydroélectrolytiques et nutritionnels se manifestent couramment chez la personne ayant subi un TCC. Parmi les plus fréquents, on retrouve l'hyponatrémie, souvent associée au syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (chapitres 14  et 44 ) , à l'hypokaliémie et à l'hyperglycémie (Hickey, 2003). Pour traiter ces déséquilibres, des modifications de l'apport liquidien administré par sonde ou par voie intraveineuse pourraient être nécessaires. Il se peut que le médecin prescrive de l'insuline pour traiter l'hyperglycémie.

La dénutrition constitue elle aussi un problème fréquent, car les TCC d'une certaine importance engendrent des besoins métaboliques accrus. Si la personne est dans l'incapacité de s'alimenter, on peut opter pour une nutrition entérale ou parentérale dans les 24 heures qui suivent le choc afin de lui assurer un apport nutritionnel et énergétique adéquat.

Convulsions post-traumatiques

La personne ayant subi un TCC présente un risque plus élevé de convulsions post-traumatiques. Celles-ci se répartissent en trois catégories : les convulsions immédiates (survenant moins de 24 heures après le traumatisme) ; les convulsions précoces (survenant de un à sept jours après le traumatisme) ; et les convulsions tardives (survenant plus de sept jours après le traumatisme ; Kado et Patel, 1999). Pour prévenir cette complication, on administre des médicaments anticonvulsivants. Ces mesures sont importantes, surtout au cours des phases immédiate et précoce du rétablissement de la personne, car les convulsions peuvent faire monter la pression intracrânienne et ainsi diminuer l'oxygénation.

Bon nombre de médicaments anticonvulsivants ont des effets indésirables sur les fonctions cognitives, prolongeant ainsi la période de réadaptation. Il faut donc évaluer le rapport entre les avantages et les inconvénients de ces médicaments. À l'heure actuelle, il n'y a pas de données qui indiqueraient de manière concluante que la prévention à long terme des convulsions améliore l'état des personnes victimes de TCC. Selon certaines recherches, la prise d'anticonvulsivants peut prévenir les convulsions survenant immédiatement après le traumatisme, ou au bout d'un bref laps de temps, mais rien n'indique que ces médicaments peuvent les prévenir à plus long terme (Brain Trauma Foundation, American Association of Neurological Surgeons, Joint Section on Neurotrauma and Critical Care, 2000).

L'équipe de soins doit surveiller la personne de près pour détecter le déclenchement de convulsions post-traumatiques. Parmi les facteurs de risque qui accroissent la probabilité de leur apparition, on note la commotion cérébrale s'accompagnant d'un hématome

Interventions pour maîtriser la pression intracrânienne chez les personnes ayant subi un TCC

- Remonter la tête du lit à un angle de 30°.
- Maintenir la tête et le cou de la personne alignés naturellement dans l'axe du corps (éviter toute torsion).
- Prendre des mesures (administration de laxatifs émoullissants, par exemple) afin d'éviter que la personne recoure à la manœuvre de Valsalva.
- Maintenir la température corporelle dans les limites de la normale.
- Administrer de l'O₂ afin de maintenir la PaO₂ > 90 mm Hg.
- Maintenir l'équilibre hydrique au moyen d'une solution isotonique (NaCl à 0,9 %).
- Réduire les stimuli nuisibles (suction, interventions douloureuses, par exemple).
- Administrer des sédatifs pour réduire l'agitation.
- Maintenir la pression de perfusion cérébrale > 70 mm Hg.

