

CHAPITRE V
SAVOIR TRAITER LES SYMPTOMES AUTRES QUE LA DOULEUR
CHEZ UN MALADE EN FIN DE VIE.
SAVOIR GERER CERTAINES SITUATIONS D'URGENCE ET L'AGONIE.

Nicolas Saffon, Valérie Mauriès, et Jacqueline Berthaud

Plan du Chapitre

1. Introduction
2. La Dyspnée

3. L'Agonie
4. L'Agitation délirante

5. L'Anxiété

6. L'Hydratation
7. La Fatigue

8. Les Situations d'urgence

9. Les Nausées et Vomissements

10. La Constipation

11. Les Diarrhées

12. Les Occlusions digestives
13. Les Atteintes buccales

14. L'Anorexie et la Cachexie

15. La prise en charge du Hoquet en Soins Palliatifs

16. Conclusion générale

I - INTRODUCTION

Hors du champ de la médecine curative, la médecine palliative s'emploie à traiter non plus la maladie elle-même, mais ses effets et les complications intercurrentes.

Les symptômes sont généralement polyfactoriels et toute la difficulté est de savoir jusqu'où aller dans les investigations pour déterminer leur cause.

En matière de symptômes, il existe des :

- Symptômes objectifs
- Symptômes subjectifs

Ils doivent être traités pour aboutir au meilleur confort du patient après identification autant que possible de leur origine. Leur prise en charge est spécifique en Soins Palliatifs, car :

- Il existe peu de protocoles médicaux établis sur les méthodes classiques de comparaisons
- Il s'agit plus d'une Experience Based Medecine que d'une Evidence Based Medecine, même si tous les efforts des praticiens convergent dans ce sens (difficultés actuellement à établir des protocoles de recherche)
- Les prescriptions sont guidées par la connaissance des mots clés suivants :
 - PROPORTIONNALITE : tout examen complémentaire et tout traitement destinés à améliorer l'état du patient doivent être proportionnés à son état général (pas de TDM in extremis, pas d'antibiothérapie en phase agonique...)
 - TITRATION recherche de la plus petite dose efficace, générant le moins d'effets secondaires possibles.
 - SURVEILLANCE rapprochée de l'efficacité et des effets secondaires permettant une adaptation des prescriptions chez des patients fragiles, évolutifs, et présentant généralement plusieurs symptômes intriqués (le RÔLE INFIRMIER EST MAJEUR : ce travail ne peut se faire que dans la collaboration entre soignants).
 - EVALUATION ET MODIFICATIONS THERAPEUTIQUES FREQUENTES.
Le principe médical de base PRIMUM NON NOCERE vaut toujours et encore, avec une réflexion constante sur le rapport bénéfices/risques de chacune des prescriptions (les soins par ailleurs, ne doivent pas générer de douleur ou d'inconfort...).
 - INDIVIDUALISATION DU TRAITEMENT
: Les symptômes étant traités sur la base de l'évaluation qu'en fait le patient, deux patients présentant des symptômes identiques ne seront pas forcément traités de la même façon. Les choix thérapeutiques seront autant que possible explicités au patient (en fonction de sa demande d'information) et à la famille (ceci est particulièrement important à la maison pour pouvoir assumer les choix thérapeutiques ou si la famille est un soutien ou participe à la prise en charge.)

□ CHOIX DES PRIORITES THERAPEUTIQUES

Un patient en soins palliatifs présente généralement plusieurs symptômes : (Constipation, anorexie, nausée, anxiété, dyspnée...), il n'est pas toujours facile de tout prendre en charge en même temps : une hiérarchisation des priorités avec le patient peut lui permettre de ne pas se décourager et de se sentir acteur, de se réappropriier les décisions.

« Aujourd'hui on va traiter ce symptôme plutôt de ceci... et demain on verra cela... exemple manque d'appétit, fatigue... » en fonction de la gêne subjective du patient. Il n'y a pas de symptôme mineur dès l'instant où il gêne le patient (bouche sèche, prurit).

□ NE PAS LIMITER LE TRAITEMENT A L'UTILISATION DES

MEDICAMENTS : toujours rechercher ce qui peut contribuer au confort du patient dans la modification de l'environnement matériel et humain, l'ergothérapie, les modifications d'installation, les possibilités de distractions....

□ SYSTEMATISER LES PRESCRIPTIONS POUR LES SYMPTOMES PERSISTANTS ET REDIGER DES PRESCRIPTIONS ANTICIPEES

destinées à traiter soit la survenue de symptômes nouveaux mais prévisibles dans le contexte de la pathologie du patient soit la recrudescence de symptômes traités (ex : pour un patient traité pour comitialité, prévoir une prescription « si crise comitiale, faire... », pour un patient douloureux, prévoir le traitement de la survenue de douleurs inopinées etc).

PREVENIR LES EFFETS SECONDAIRES PAR LES PRESCRIPTIONS (particulièrement avec les traitements antalgiques)

- NE PAS PROMETTRE L'IMPOSSIBLE qui ne serait pas tenable (essayer de fixer des objectifs réalistes) MAIS toujours RASSURER LE PATIENT en lui disant : « Nous restons près de vous et allons faire tout notre possible pour vous aider » jusqu'au bout. Tout traitement est destiné à améliorer la qualité de la survie ;
- si c'est la durée de survie qui est visée, cela ne doit pas faire au détriment de la qualité.

En fait, il faut savoir S'ADAPTER !!!

Chaque patient est unique. Il faut intégrer dans la prise en charge médicale ses désirs, ses appréhensions dans une situation où la maladie est particulièrement menaçante. Il est difficile de savoir quelle sera la dose efficace pour traiter tel ou tel symptôme (opioïdes, laxatifs, psychotropes...) et la titration exige beaucoup plus de temps et d'attention que les prescriptions standardisées. Les prescriptions doivent être réactualisées en fonction de l'évolution du patient qui peut être rapide...

◆ Quelles que soient les décisions prises, il importe de les argumenter et de laisser des traces écrites : ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les arrêts thérapeutiques.

◆ NE JAMAIS PERDRE DE VUE QU'IL S'AGIT DESORMAIS PLUS DE
PRENDRE EN CHARGE UN MALADE QU'UNE MALADIE

« A ce stade de la maladie, une analyse des antécédents médicaux, une définition précise des symptômes actuels, un examen complet et bien mené, des examens complémentaires appropriés restent indispensables. Il ne s'agit plus, comme avant, de diagnostiquer la nature de la maladie, mais plutôt de trouver l'origine des symptômes d'un mal désormais incurable...

La souffrance terminale doit être abordée comme une maladie en soi, susceptible de répondre à un traitement rationnel ». Cicely SAUNDERS

II – LA DYSPNEE

Elle constitue une gêne respiratoire qui est ce que "le patient dit qu'elle est". On peut parler de dyspnée en l'absence de modification du rythme respiratoire.

Il s'agit d'un phénomène subjectif (comme la douleur : "expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en lien avec un dommage réel ou potentiel").

Comme pour la douleur, il n'y a pas de corrélation anatomo-clinique (L'importance des lésions et l'importance de la gêne ne se superposent pas).

L'intrication avec l'anxiété est constante.

Il s'agit d'un symptôme fréquent : jusqu'à 70 % patients K et sévère :
soulagé dans moins de la moitié des cas

Symptôme pénible pour tous (patients, famille, équipe), il fait craindre au patient et à sa famille de "mourir étouffé".

Son évaluation en est difficile (comme pour la douleur). Les signes objectifs en faveur d'une dyspnée intense sont les suivants :

- FR > 30
- Cyanose des extrémités
- Sueurs
- Tirage
- Impossibilité de s'exprimer
- Immobilité "d'épargne"
- Troubles de la conscience

Il importe d'évaluer la gêne ressentie par le patient et le retentissement sur ses activités. On sera amené à distinguer :

- La dyspnée asphyxiant terminale qui relève d'une sédation et la dyspnée subaiguë ou chronique.

2.1 La question qui sous-tend la conduite à tenir est de savoir si elle est réversible

- L'expérience clinique permet une première évaluation
- Au minimum : rechercher
 - Une anémie
 - Une infection
 - Une fausse route
 - Un obstacle trachéobronchique
 - Un épanchement pleural
 - Un pneumothorax
 - Un bronchospasme
 - Une embolie
 - Une insuffisance cardiaque

Les arguments cliniques

Les arguments biologiques contribuent à noter ces diagnostics.

Les arguments radiologiques

Plusieurs causes sont généralement intriquées.

Les moyens d'investigation mis en œuvre doivent être proportionnés à l'état clinique du patient (pas de TDM in extremis !), pas de gazométries intempestives.

Les moyens non invasifs tels qu'une oxymétrie peuvent être utilisés bien qu'ils soient susceptibles d'augmenter l'anxiété du patient.

2.2 Moyens thérapeutiques mis en oeuvre

- SPECIFIQUES ETIOLOGIQUES (Liste non exhaustive)
- Prothèses endobronchiques si compression extrinsèque
- Laser si compression intrinsèque
- ponction pleurale
- drainage de pneumothorax
- transfusion si anémie
- traitement à visée hématologique si leucostase
- antibiothérapie ou/et antifongothérapies si infection accessible à un traitement ...
- traitement de l'insuffisance cardiaque.
- NON SPECIFIQUES
 - NON MEDICAMENTEUX
 - Ventilation assistée "humainement" = Techniques d'aide respiratoire : accompagnement calme du rythme respiratoire
 - Circulation d'air (ventilateur)
 - Installation du patient en ½ assis
 - Oxygénothérapie
 - Si hypoxie clinique et/ou oxymétrie
 - Sinon, ? en test (cela peut rassurer le patient).Mais risque de sécheresse buccale et de dépendance
 - Sous une forme adaptée au confort du patient : lunettes, sonde, masque à un débit adapté de soulagement du patient.

MEDICAMENTEUX

Corticoïdes : (antioedémateux, bronchodilatateurs)

- Voie IV / SC
- 1 à 2 mg/kg méthylprédnisolone par 24 h
- Voie 500 à 1500 mg/24 h si compression tumorale, pendant quelques jours. (penser à associer des antisécétrétoires).

Morphine

- D'utilisation tabou pour beaucoup de soignants par peur de la dépression respiratoire. D'expérience, il n'existe pas de risque de dépression si l'on pratique une titration prudente et si l'on dispose de l'antidote (Narcan).
- Le mécanisme d'action de la Morphine à visée eupnéisante est mal connu. Elle pourrait agir par :
 - Diminution de la sensibilité des centres respiratoires à l'hypercapnie et à l'hypoxie.
 - Diminution du travail respiratoire et de la consommation d'O₂.
 - Diminution de la douleur et de l'anxiété.
- Elle doit être prescrite dans ce cas-là plutôt par voies IV(++) ou SC :
 - 2,5 mg à 5 mg en titration si le patient n'est pas sous morphinique en répétant les injections en fonction de l'efficacité.
 - Dose de base augmentée de 30 à 50% si morphine déjà en cours.
 - Si dyspnée très sévère : 1 à 2 mg répétés /10 min jusqu'au soulagement (soit subjectif, soit FR /2), en administrant ensuite une dose horaire = 50 % de la dose totale administrée.

Certains ont pu utiliser la morphine par voie inhalée ; des études sont en cours de réalisation pour évaluer le véritable intérêt de la morphine par cette voie. (résultats contradictoires à ce jour)

Anxiolytiques et neuroleptiques

Ils s'avèrent quasiment systématiques en utilisant préférentiellement des produits à demi-vie courte et en respectant une fois de plus le principe de titration.

Les neuroleptiques peuvent être d'utilisation plus sûre (bonne efficacité anxiolytique du Nozinan)

- Si encombrement surajouté :
 - D'abord réduire les apports !
 - Diurétique éventuellement (si signes cliniques de défaillance cardiaques surajoutés ou à visée de test thérapeutique)
 - Antisécétrétoire = scopolamine IV – SC – TD
atropine
 - Aspiration : ce geste n'est pas anodin; il est même potentiellement agressif et aggravant, avec risque de saignement, d'hypoxie, de bronchospasme.
L'indication doit être pesée et les conditions de réalisation bonnes.
 - Installation du patient en latéral : la position de $\frac{3}{4}$ est la plus adaptée

III – L'AGONIE

Agonie vient du grec agōnia qui signifie lutte, angoisse et c'est la période qui précède le décès. « Le mourant vit un combat perdu d'avance à l'image de la chèvre de monsieur seguin opposée au loup pendant la nuit. Pendant cette période, la diminution des fonctions vitales est telle que le mourant "prend ses distances" par rapport à l'entourage... »Dr JM Lassaunière

C'est une période émotionnellement très intense. L'équipe médicale peut être confrontée à des demandes très variées de la famille généralement très angoissée par cet ultime moment.

Elle survient au terme d'une période terminale que l'on doit identifier lorsque coexistent :

- Faiblesse extrême
- Confinement au lit
- Altération de la conscience (souvent)
- Altération cutanée (apparition d'escarres aux points d'appui)
- Troubles de la déglutition, (ce qui oblige à repenser la voie d'administration des traitements et passer en voie SC – IV)
- Troubles respiratoires (pauses, respiration irrégulière, paradoxale, tirage...)

Ainsi que des signes spécifiques tels que :

- Apparition de nouveaux symptômes comme des « râles »...
- Aggravation des symptômes existants (dyspnée / douleur / confusion / vomissements...)

Cependant, la période terminale reste difficile à définir à la fois sur le plan clinique et sur le plan biologique. L'expérience reste à ce jour irremplaçable.

Il s'agit d'une situation instable nécessitant :

1. de redéfinir les objectifs de prise en charge, le confort étant plus que jamais la priorité,
2. une réorganisation des soins : réaménagement du domicile : disponibilité (Réseau)
3. d'en faire un diagnostic « positif » pour reposer les objectifs de soins et éviter les malentendus (avec la famille et/ou l'équipe) sur par exemple la justification de l'arrêt de traitements futiles (ex : antibiotiques, hypoglycémifiants, antihypertenseurs, antithrombotiques, alimentation...)

Il importe alors de ne pas réaliser de geste intempestif :

- sondage urinaire
- lavement...
- pansement agressif
- prélèvement sanguin...
- examen paraclinique.

Il faut assurer une prise en charge globale, c'est-à-dire :

Du patient :

- Assurer son hygiène jusqu'au bout mais en adaptant les gestes ;
- Continuer à apporter au patient des soins attentifs, même en l'absence de communication (contrat de non abandon, soins de bouche ++, soins d'yeux...);

- Ne pas prolonger le « mourir », mais ne pas hâter la mort non plus ;
- Réfléchir à l'intérêt (ou à la futilité) de la nutrition, de l'hydratation artificielles et de traitement tels que : antihypertenseurs, hypoglycémiant, hormones de substitution...
- Ne pas se dérober en questionnement spirituel =
 - Trouver les moyens d'assister le patient ; ce qui ne signifie pas forcément avoir les réponses.

De la famille et/ou de son environnement amical :

- En la prévenant de l'aggravation de l'état du patient Surtout + + + si pronostic est à quelques heures... (essayer « d'adoucir » le choc que représente le décès Mais prudence ! (pas d'évaluation intempestive du temps à vivre restant)
- Expliquer ce qui peut arriver / ce qui arrive (pour autant qu'on le puisse)
- Encourager la participation (surtout si le patient est inconscient et la famille en difficulté devant cette perte de la conscience et avec le sentiment d'impuissance qui en découle).

La connaissance que nous avons de ce qui se passe pour le patient est limitée : « faisons comme s'il pouvait entendre, comprendre... », ne restons pas à son chevet pour parler de lui comme s'il n'existait déjà plus...

De l'équipe :

- Assurer et encourager une formation à l'accompagnement spirituel
- Bien repréciser l'intérêt de chaque prescription et de chaque soin

Les râles agoniques

Ce sont les bruits respiratoires produits dans les derniers moments de vie. Ils sont toujours impressionnants pour l'entourage et peuvent s'accompagner de modifications du rythme respiratoire.

Ils sont produits par les mouvements respiratoires des sécrétions stagnantes dans les régions pharyngolaryngées et trachéobronchiques en raison d'une perte des réflexes de déglutition et de toux.

Les mesures de prise en charge sont les suivantes :

- Diminution voire arrêt de l'hydratation : l'hyperhydratation aggrave l'encombrement ; la sécheresse buccale peut être soulagée par des soins de bouche réguliers
- Installation du patient « $\frac{3}{4}$ » : ceci permet un drainage postural tout en préservant le confort du patient
- Aspirations (éventuellement) : elles ne doivent pas être systématisées, mais planifiées et si besoin après sédation ; le risque de bronchospasme, d'hypersécrétion réactionnelle, d'hémorragie ou d'hypoxie passagère doivent être connus Il faut être vigilant au niveau de dépression délivré par les prises murales ; il est généralement trop important.

- Anticholinergiques Atropiniques destinés à empêcher la production de sécrétions, (Aucune efficacité sur sécrétions pharyngées)

Ils n'agissent pas non plus sur les sécrétions présentes.

En titration (recherche de la plus petite dose efficace) ; par ailleurs, si les injections discontinues sont peu efficaces, on peut passer la même dose à la seringue électrique en continu.

- Scopoderm (dispositif transdermique non remboursable par la sécurité sociale à domicile, un patch sur trois jours, à réévaluer après 24 heures ; possibilité de coller plusieurs patches)
- Scopolamine IV – SC : de 0,25 mg toutes les 6 heures à 0,5 mg toutes les 4 heures.
- Atropine IV – SC : idem
Il existe un risque de rétention urinaire à connaître.
Il n'existe pas d'argument ne faveur de l'un ou de l'autre : la scopolamine est plutôt sédative, alors que l'atropine a des effets neuropsychiques centraux à type d'excitation.

- Diurétiques : si défaillance cardiaque associée ; en pratique, ils sont systématiquement prescrits s'il existe des râles crépitants. (ex 60 mg de lasilix iv en association avec les antisécrétoires)

- Antibiotiques et mucolytiques n'ont pas leur place à ce stade de la vie du patient

IV – L'AGITATION DELIRANTE

Fréquente chez les patients cancéreux environ 85 % en phase terminale :
Peut être considérée comme un des éléments de la phase terminale (les thèmes de persécution doivent attirer l'attention) lorsque s'y associent des signes d'aggravation de l'état général.

Symptomatologie difficile pour le patient

- Risque de fugue, de blessure à soi-même ou aux autres, d'angoisse voire de panique

Symptomatologie difficile pour l'entourage

- Risque de compromettre la communication

Symptomatologie difficile pour l'équipe

- Risque d'épuisement car les patients mobilisent beaucoup d'énergie et de surveillance, surtout LA NUIT !! (personnel réduit).

LA TENTATION est GRANDE de SEDATER RAPIDEMENT le PATIENT et/ou D'UTILISER UNE CONTENTION.

1) COMPRENDRE LE SYMPTOME :

Faire un examen clinique permettant d'éliminer le plus simple

- Fécalome (attention aux fausses diarrhées ; toujours vérifier que les ordonnances de patients sous morphiniques comportent des laxatifs)
- Rétention d'urine (iatrogène induite par les morphiniques et les psychotropes principalement et /ou s'intégrant à la pathologie du patient)
- Infection (la fièvre de patients sous antalgiques antipyrétiques peut être masquée !)
- Syndrome méningé
- Pâleur, tachycardie, hypoxie...

La réalisation d'examens complémentaires doit être envisagée en partant des plus "simples" :

- FN (rechercher une anémie)
- Calcémie (hypercalcémie)
- Urée – créat (insuffisance rénale)
- Ionogramme (natrémie : hyper ou hypo...)
pour aller vers les plus "compliqués" : par exemple,
- TDM cérébral à la recherche de métastases cérébrales
- Ponction lombaire (recherche d'une méningite carcinomateuse)

À condition d'être sûr d'avoir des ressources thérapeutiques; faire un examen pour le faire en sachant pertinemment qu'il n'y a pas de solution thérapeutique n'est pas utile au patient; parfois même en l'absence de possibilité thérapeutique, la réalisation de l'examen permet de recueillir les informations nécessaires pour maintenir un dialogue avec la famille qui comprend ainsi ce qui se passe(objectivation des troubles)

- Penser à faire des "fenêtres thérapeutiques" chez des patients polymédicamentés en avec des traitements à visée neuropsychique

Ne pas imputer trop vite ces manifestations délirantes à la morphinothérapie ; cette hypothèse peut éventuellement être envisagée si les signes suivants sont associés aux idées délirantes :

- Existence d'un myosis, de myoclonies
- mais le risque est faible si le principe de titration est respecté

SACHANT QUE DANS ENVIRON 50 % DES CAS, AUCUNE CAUSE SPECIFIQUE NE SERA IDENTIFIEE (BRUERA, JOURNAL OF PAIN & SYMPTOM MANAGEMENT, 1992)

2) TRAITER LE SYMPTÔME

- A côté des mesures thérapeutiques étiologiques si elles sont envisageables, toujours mettre en œuvre

- Des mesures psycho-environnementales visent à rassurer et à protéger (le patient et secondairement la famille)
 - Éviter le bruit, la lumière (attention aux TV allumées...)
 - Éviter les stimulations : “Un cerveau défaillant”, comme tout autre organe fait davantage face à une moindre charge de travail
 - Privilégier les chambres à 1 lit pour ce type de patient
 - Proposer des panneaux de type “Merci de vous adresser à l’infirmière avant toute visite” permettant d’informer les visiteurs sur cet état d’agitation et la nécessité d’être dans une relation calme
 - Réorienter le patient : plus par une assistance humaine que technique (il semble que les pendules, calendriers ne soient pas plus efficaces pour réorienter le patient que les recadrages faits par les soignants lors de leur passage)
 - Éviter les comportements anxieux, ambivalents, désordonnés potentiellement aggravants
 - Ne pas surenchérir dans les délires en posant des questions à type de reformulation « que voulez-vous dire quand vous dites... »
 - Ne pas attacher les patients trop facilement (cf recommandations ANAES sur la contention qui devient une prescription médicale)
 - Associer les bénévoles à la prise en charge pour assurer une présence calme
 - Profiter des phases de lucidité pour être en relation avec le patient

- Des mesures pharmacologiques :
 - Tranquilliser le patient, l’apaiser : intérêt des neuroleptiques sur les autres tranquillisants quand la note délirante prédomine sur la note anxieuse.
 - HALDOL ++
 - Voies d’administrations multiples + + + (po – iv – sc)
 - Bonne marge de sécurité
 - Action anti-émétisante associée à l’action anti- productive! souvent intéressante en Soins Palliatifs
 - En trois prises, en respectant une titration qui débute à 0,5 à 1 mg par prise
 - dosages par voie orale (le dosage à 2 mg/ml (10 gouttes = 1 mg) est celui que nous utilisons le plus)
 - RISPERDAL : neuroleptique per os uniquement, une prise par jour(mais peu de possibilités de titration)
 - NOZINAN : neuroleptique intéressant car activité anxiolytique associée ; plusieurs présentations (po, iv, sc) ; les posologies de départ sont de l’ordre de 5mg par prise 3fois par jour

- HYPNOVEL : benzodiazépine présente à l'hôpital uniquement, (anxiolytique brève durée d'action = risque d'effet rebond à l'arrêt) utilisée dans le cadre de protocoles consensuels (recommandations de la SFAP publiées dans la revue de Médecine Palliative éditée chez Masson dans le n°1 paru en Octobre 2002)

HALDOL

Biodisponibilité :	Orale 60 % Parentérale 100 % (la dose parentérale doit représenter entre la moitié et les deux tiers de la dose orale)
Absorption :	Orale – pic sérique entre 4 et 6 h
Intramusculaire Intraveineuse	– pic sérique entre 20 et 40 mn – pic sérique entre 2 et 20 mn
Demi-vie :	16 h (quelle que soit la voie d'administration)
Administration :	Orale – 0,5 mg à 20 mg en doses fractionnées Rectale – équivalente à la dose orale Sous-cutanée Intraveineuse – action rapide – 2 à 5 mg (à raison d'1mg/mn), répéter après 30 mn si besoin jusqu'au contrôle
Posologie :	Equilibrer la dose en fonction du comportement La dose habituellement requise est de l'ordre de 20 mg/24 h Dose maximale : 60 à 100 mg/24 h Dose d'entretien : 50 % de la dose requise au cours des premières 24 h
Effets indésirables :	Syndrome extrapyramidal (parkinsonisme, akathisie, crises oculogyres) - pic avec une dose entre 4 et 20 mg - rare si voie parentérale - traiter avec anticholinergique, benzodiazéines et/ou une réduction de la dose Sédation (rare) Hypotension orthostatique (rare) Anticholinergique (rare)

V – PRISE EN CHARGE DE L'ANXIÉTÉ

Les symptômes anxieux sont fréquents en soins palliatifs. Ils sont difficiles à identifier et donc à traiter du fait de leur intrication somato-psychique. Le but de leur prise en charge est d'en atténuer le vécu pénible et le retentissement sur la qualité de vie : cependant, « détresse psychologique zéro », ne peut constituer un objectif réaliste en fin de vie, qui constitue une période de crise par excellence.

Chapitre 2 L'anxiété n'est pas toujours pathologique ; elle peut être normale et adaptative (peur normale de la mort ; de la souffrance et de la maladie ...). Ce n'est que lorsqu'elle est associée à une pathologie psychiatrique sous-jacente ou qu'elle met en péril les liens affectifs et les relations aux soignants qu'elle devient pathologique.

Cependant, elle nécessite, même quand elle n'est pas considérée comme pathologique, un traitement, à partir du moment où elle est vécue comme pénible par le patient... La prise en charge relationnelle et la reconnaissance du trouble constituent le minimum de la prise en charge du symptôme.

La compréhension du trouble passe par une démarche étiologique : existe-t-il une pathologie organique sous-jacente

Trouble anxieux d'origine organique

- douleur mal contrôlée
- syndrome confusionnel et troubles cognitifs
- pathologies cardio-respiratoires (insuffisance respiratoire, embolie pulmonaire, angine de poitrine, pneumothorax, hémorragie interne...)
- pathologie neurologique (tumeur cérébrale...)
- trouble métabolique (hypoglycémie, hypercalcémie...)

Dans ces situations, le trouble organique est rarement isolé ; Lorsqu'il existe une pathologie sous-jacente incontrôlable, les symptômes anxieux peuvent s'avérer très difficiles à prendre en charge.

Trouble anxieux d'origine psychique

- 1) Anxiété symptomatique d'une pathologie psychiatrique sous-jacente
 - syndrome dépressif
 - troubles obsessionnels compulsifs
 - psychose
- 2) Anxiété isolée
 - trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse
 - réaction anxieuse simple
 - anxiété anticipatoire
 - syndrome de stress post-traumatique
 - attaque de panique
 - phobies
- 3) Anxiété de l'entourage et des soignants

Il existe de façon avérée des interactions entre l'état émotionnel des patients et celui de l'environnement.
Certaines situations sont anxiogènes (douleur) à la fois pour le patient et l'entourage, avec un effet d'amplification réciproque.

Prise en charge

Réaliser une anxiolyse et non une sédation par des moyens au minimum non médicamenteux, éventuellement médicamenteux et éventuellement dans les suites d'une évaluation spécialisée.

Moyens non médicamenteux :

- Ecoute de la plainte du patient avant tout , en évitant de la faire taire trop tôt ou trop vite
- Création d'un environnement calme et sécurisant
- Temps accordé à un patient en demande d'explications
- Relaxation, massages, thérapies occupationnelles
- Soutien spirituel

Moyens pharmacologiques

Ils reposent sur l'utilisation des classes thérapeutiques suivantes :

Benzodiazépines : se souvenir des avantages et inconvénients des produits en fonction de leur demi-vie ; les effets secondaires doivent être intégrés(en particulier la myorelaxation chez des patients déjà affaiblis) ainsi que la notion de tolérance.

Neuroleptiques : leur action anxiolytique est complexe et indirecte ce qui en circonscrit les indications aux situations suivantes :

Inefficacité des benzodiazépines, anxiété associée au délire ou aux hallucinations, risque de dépression respiratoire sous benzodiazépines.

L'haldol est la molécule de référence(bon rapport bénéfices/risques ; multiples voies d'administration).

Les doses anxiolytiques sont généralement inférieures aux doses anti-psychotiques.

Anti-dépresseurs : en pratique sont utilisées des molécules appartenant aux classes suivantes :

- Imipraminiques, particulièrement lorsqu'à l'anxiété qui accompagne la dépression s'associe un tableau douloureux neuropathique (AMM comme antalgique)

- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine : leur profil pharmacologique semble plus favorable que celui des imipraminiques (évaluation en cours par des études comparatives) et ces produits trouvent des indications préférentielles dans le traitement des attaques de panique et les troubles obsessionnels compulsifs.

- Antidépresseurs divers (venlafaxine et miansérine) : la première est indiquée dans les états d'anxiété généralisée de plus de 6 mois.

La seconde est intéressante du fait de l'absence d'effets secondaires anticholinergiques et vasculaires.

Par ailleurs, tous les traitements susceptibles d'agir sur un symptôme inconfortable sont potentiellement co-anxiolytiques.

Finalement, l'anxiété constitue un symptôme ubiquitaire difficile de ce fait à prendre en charge. L'enquête étiologique repose en partie sur l'évaluation de la durée des troubles (symptôme aigu ou chronique).

Il ne faut jamais oublier qu'en face de la mort l'anxiété n'est pas forcément pathologique et que la contention pharmacologique du trouble n'est ni toujours justifiée ni le seul recours : en tout cas, elle ne doit pas servir à « faire taire le patient ».

VI – HYDRATATION DES PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS

De façon physiologique, c'est la soif qui permet de réguler les apports mais il y a une diminution de la sensation de soif avec l'âge.

De façon pathologique: les patients ont moins d'ingestat du fait des symptômes potentiels suivants:

- Anorexie
- Odynophagie
- Lésions de la cavité buccale
- Nausées – vomissements
- Retard de la vidange gastrique
- Altérations cognitives
- Dépression

Mais en fin de vie, les besoins sont moindres car :

- Diminution des efforts
- Diminution du poids corporel
- Diminution des pertes insensibles (sauf si fièvre)
- Diminution de l'élimination de l'eau libre
- Sécrétion inappropriée d'ADH pathologique syndrome paranéoplasique) ou iatrogénique (morphine)

Il n'y a pas de position "pour" ou "contre" à priori une hydratation artificielle mais une réponse liée à une approche individualisée.

6.1 Symptômes potentiellement liés à la déshydratation

- Constipation
- hyperthermie
- Soif et ± sécheresse de la bouche
- Confusion
- Agitation
- Majoration des douleurs
- Toxicité des traitements : Accumulation des métabolites toxiques ;
Exemple : pour les morphiniques, l'accumulation des métabolites (dont certains sont actifs) peut générer :
 - Myoclonies
 - Hyperalgésie
 - Confusion
 - Somnolence
 - Nausées

6.2 Evaluation de l'état d'hydratation

Elle se fait sur :

- Les apports liquidiens : diminués le plus souvent
- Le volume urinaire
- Les signes cliniques :
 - Soif
 - Sécheresse muqueuses (+ si O2)
 - Pli cutané
 - de la tension oculaire
 - de la turgescence veineuse
 - Tachycardie
 - (+ si Hypo TA orthostatiquetrouble du SNV)
- les œdèmes peuvent masquer les signes tels que le pli cutané...
- Fièvre
- Myoclonies
- Nausées
- Confusion
- Les signes biologiques :
 - Hyperprotidémie (relative si dénutrition)
 - Hypernatrémie
 - urée et de la créat.

Ces chiffres ne peuvent s'interpréter qu'en fonction des chiffres antérieurs ?

Cependant, aucun signe n'est fiable isolément et par ailleurs, il n'y a pas de réelle spécificité à cette évaluation aux soins palliatifs

6.3 Arguments décisionnels

- La soif exprimée (l'hydratation est alors indiquée en sachant qu'il n'y a pas forcément de soulagement à la soif...par l'hydratation(dysrégulation centrale)
- Les désirs du patient.
 - Soit le patient souhaite une hydratation artificielle et les bénéfices - inconvénients doivent lui être expliqués
 - Soit les soignants pensent qu'une hydratation artificielle est indiquée et le patients la refuse : ce refus doit être interrogé ; y a t-il :
 - une dépression sous-jacente ?
 - une confusion ?
 - ou s'agit-il d'un refus conscient ?
- L'état général du patient :

Si le patient est en phase terminale, il y aurait libération de cétones ayant un effet anesthésique et des « avantages » à la déshydratation comme :

 - Moins de mictions,
 - Un obscurcissement de la conscience qui n'est pas forcément source d'inconfort(diminution de l'angoisse),
 - Moins de risque de surcharge liquidienne...

- Les perceptions de l'équipe : pour certains, l'hydratation constitue le minimum de soins et l'arrêt, un abandon du patient.
- Les perceptions de la famille qui peut avoir peur que le patient ne " meure de soif " et qui considère également qu'hydrater le patient constitue le minimum des soins.

6.4 Modalités thérapeutiques

- Les Soins de bouche (bâtonnet coton d'eau glacée éventuellement aromatisée) constituent une alternative lorsqu'il existe une bouche sèche. Biafine, Bicarbonate, Ulcar, Xylocaïne en cas de bouche douloureuse Avec de l'eau oxygénée diluée lorsqu'existent des saignements.
- La voie orale tant qu'elle est possible reste privilégiée.

□ Hydratation par voie sous-cutanée

- Siège : partie supérieure du corps (deltoïdes, zones sous claviculaires...).
- Matériel : butterfly 21-23
 - . compresse
 - . opsite pour recouvrir l'ailette et pouvoir surveiller .la zone de ponction
- Soluté : . Nacl 9°/°°
 - ou
 - . G5 % 2/3 + Nacl 1/3
- Quantité : de 500 cc à
 - . vol urinaire + 500 cc
 - . pas de maximum... : si nécessité de réhydrater le patient, on peut installer plusieurs sites.
- Durée : pas de durée limite ; elle est déterminée par la surveillance de la tolérance.

CONTRINDICATIONS : . Oedèmes diffus
(rarissimes) . Troubles de la coagulation
. Infections cutanées

□ Hydratation par voie IV : elle sera choisie préférentiellement

- S'il existe un site implantable (patients ayant eu de la chimiothérapie) ou une voie centrale.
- Elle ne doit pas être réalisée par voie périphérique pour des durées prolongées.
- Si la nécessité d'utiliser d'autres traitements par voie IV s'impose Le volume injecté est équivalent à celui injecté par voie sous-cutanée.

Autant une hydratation artificielle peut être indiquée en cas de déshydratation symptomatique, autant il faut avoir présents à l'esprit les inconvénients possibles de l'hydratation de principe :

- Prolongement potentiel de la phase terminale
- Production accrue d'urines
- Augmentation des sécrétions digestives et bronchiques (majoration de la toux....)
- Limitation de l'autonomie par le biais des perfusions

- Risque de surcharge : surtout si elle se fait par voie IV
 - Il faut donc rechercher un consensus incluant les points de vue médicaux et « affectifs », exposer les différentes alternatives et justifier le choix... (avantages et inconvénients des décisions) et réévaluer dans le temps !!

VII – LA PRISE EN CHARGE DE LA FATIGUE

La fatigue, fréquemment rencontrée en soins palliatifs, est souvent présentée par le patient comme un symptôme très inconfortable, une sensation pénible, à laquelle les soignants ne prêtent pas toujours attention : en effet, elle leur apparaît comme « normale », soit du fait des traitements soit du fait de la maladie elle-même. Elle a principalement été étudiée dans la maladie cancéreuse.

Définition

« La fatigue liée au cancer est un symptôme subjectif désagréable, intégrant l'ensemble des sensations corporelles, allant de la lassitude à l'exténuation qui créent un état général tenace affectant les capacités de fonctionnement normal de l'individu »
 Cette fatigue n'est pas « réparable » par le repos et le sommeil (situation tenace), à l'inverse de la fatigue physiologique. Il importe d'en connaître quelques-uns des aspects pour mettre en œuvre certaines mesures de prévention ou de traitement.

Comme pour la douleur, il s'agit d'une sensation subjective difficile à explorer.

7.1 Etiologies

Chapitre 3

Cette sensation est multifactorielle. Elle résulte de l'association de plusieurs facteurs, dont :

- 1) La pathologie tumorale et ses conséquences (anémie, dénutrition, déshydratation, hypercalcémie...) :
- 2) Les traitements (chimiothérapies, radiothérapie, chirurgie, traitements immunomodulateurs, hormonothérapie..) et leurs conséquences (aplasie, anémie, infection, douleur, vomissements...)
- 3) Le vécu émotionnel (dépression, troubles du sommeil...)
- 4) L'état général du patient avant le traitement

Chapitre 4

7.2 Traitements

La prise en charge obéit aux règles habituelles :

◆ recherche d'une cause curable permettant une prise en charge spécifique
 transfusions globulaires (cf arbres décisionnels par spécialités) injection d'érythropoïétine correction d'une hypercalcémie antibiothérapie...

◆ utilisation de thérapeutiques non spécifiques,

Corticoïdes : « l'effet » coup de fouet est généralement probant à l'introduction du traitement
Quel produit, quelle dose, quelle durée ? il n'existe pas de recommandation consensuelle dans cette indication

Effets secondaires au long cours à peser : en particulier l'immuno-suppression et les risques infectieux y afférant

Revoir la prescription et la réajuster

L'efficacité antalgique associée peut être bénéfique chez des patients généralement douloureux

◆ Prise en charge non médicamenteuse

Reconnaître la plainte du patient

Lui permettre autant que possible de bouger : dans les limites de ses demandes et avec aide (le repos permanent aggrave la sensation de fatigue)

Permettre les mobilisations passives : avec kiné

Accompagner le patient et la famille dans la compréhension qu'une alimentation plus importante n'est pas la réponse à cette fatigue.

VIII – SITUATIONS D'URGENCE EN SOINS PALLIATIFS

Cette notion d'urgence en soins palliatifs est extrêmement limitative :

la douleur

l'agitation,

la détresse psychologique aiguë,

les dyspnées asphyxiantes

les hémorragies cataclysmiques

constituent des situations où il est possible d'agir rapidement (dans l'urgence) pour soulager le patient.

Il est utile de préciser que les situations à risque léthal ne constituent pas forcément une situation d'urgence, au sens habituel du terme (réanimation) du fait du caractère léthal de la pathologie elle-même.

La notion de réanimation est un volet spécifique qui doit être abordé sous l'angle double de :

La volonté du patient d'être réanimé en cas de défaillance potentiellement létale

Du stade évolutif de la maladie qui rend réaliste ou non tout geste de réanimation

En France, il n'existe aucune législation sur la nécessité pour un patient de faire connaître sa volonté d'être ou non réanimé. Dans le cadre de pathologies évolutives (neurologiques par exemple), pouvant à un moment donné de leur évolution générer une détresse respiratoire par défaillance neuro-musculaire et redevables de mesures agressives telles que trachéotomie et ventilation assistée, la question de la réanimation doit être abordée avec le patient Celle-ci sera formulée ouvertement et la réponse du patient consignée dans le dossier de façon à être accessible à l'ensemble de l'équipe. Cette décision doit être régulièrement ré-évaluée

avec le patient. Par ailleurs, la famille avec l'accord du patient, doit être informée de cette décision.

Autrement dit, l'urgence évoquée en soins palliatifs, relève essentiellement de mesures de soulagement plus que de mesures de réanimation.

Concernant la douleur, l'agitation et les situations de détresse psychologique, l'application des prescriptions antérieurement développées permet le plus souvent de réduire le symptôme.

Concernant les détresses respiratoires et les hémorragies cataclysmiques à risque vital immédiat, des recommandations éditées par un groupe de travail sous l'égide de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs(SFAP) en 2002, préconisent la réalisation d'une sédation : celle-ci a pour but de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient. Le produit utilisé est une benzodiazépine (Midazolam) disponible actuellement à l'hôpital et dont la rapidité d'action en fait un produit de choix dans des situations rapidement mortelles.

IX – LES NAUSEES ET VOMISSEMENTS

Les nausées et les vomissements sont des symptômes couramment observés au cours d'un cancer en phase avancée ; leur incidence est de 40 à 70 %
Leur physiopathologie est un phénomène complexe que nous ne détaillerons pas dans ce chapitre, impliquant de nombreux récepteurs et sites d'action (cf. Tableau 1).

Leur prise en charge nécessite d'en connaître les principales causes ainsi que le mode d'action des différents traitements permettant d'adapter au mieux la thérapeutique (cf Tableau 2).

1.1 Evaluation

La première étape est de différencier nausée et vomissement.(les nausées peuvent être plus pénibles que les vomissements eux-mêmes ; il faut garder en tête le risque de fausse route potentielle chez un patient souffrant de vomissements et dont la conscience serait altérée)

Ensuite la fréquence, la qualité, le contenu et l'heure de survenue doivent être

TABLEAU 1* – CLASSIFICATION DES MEDICAMENTS UTILISES
POUR SOULAGER LES NAUSEES ET LES VOMISSEMENTS

Site d'action supposé	Classe	Exemple
Chapitre 5 Système nerveux central	Anticholinergique	Hyoscine hydrobromide
Centre de vomissement	Antihistaminique	Cyclizine, dimenhydrinate
	Anticholinergique ^a	phénothiazines
CTZ	Anit-5HT2	Lévomépromazine
	Anti-dopamine (D2)	Halopéridol, phénothiazines
Cortex cérébral	Anti-5HT3	métoclopramide dompéridone
	Benzodiazépine	Granisétron, odansétron, tropisétron
	Cannabinoïde	Lozaréпам
Tractus gastro-intestinal Prokinétique	Corticoïde	Nabilone
	Anti-5HT4	Dexaméthasone
Antisécréteur	Anti-dopamine (D2)	Métoclopramide, cisapride
	Anticholinergique	Métoclopramide, dompéridone
Blocage vagal des récepteurs 5HT3	Analogue de la somatostatine	Butylhyoscine bromure, glycopyrronium
	Anti-5HT3	Octréotide, vapréotide
Anti-inflammatoire	Corticoïde	Granisétron, ondansétron, tropisétron
		Dexaméthasone

a. Les antihistaminiques et les phénothiazines ont tous des propriétés antagonistes au niveau des récepteurs H1 et des propriétés anticholinergiques (Tableau 2)

TABLEAU 2* – CAUSES DES NAUSEES INDUITES PAR LES MEDICAMENTS

Mécanisme	Médicaments
Irritation gastro-intestinale	AINS
	Fer
	Antibiotiques
	Acide tranexamique
Stase gastrique	Opioïdes
	Tricycliques
	Phénothiazines
	Anticholinergiques
Activation de la CTZ	Opioïdes
	Digoxine
	Antibiotiques
	Imidazolés
	Cytotoxiques
5HT3 récepteurs	Cytotoxiques

* European Journal of Palliative Care, 1998 ; 5(2).

9.2 Causes et Traitements

9.2.1 Causes les plus fréquentes en soins palliatifs

- Les causes iatrogènes : Les Morphiniques
- Mécanisme : stimulation de la trigger zone et stase gastrique
- Traitement : Halopéridol +/- Métoclopramide (Noter l'utilisation récente et prometteuse d'un neuroleptique tel que le Zyprexa)

- L'hypertension intra crânienne : sur tumeur ou métastases cérébrales
- Mécanisme : stimulation des centres cérébraux supérieurs
- Traitement : Corticothérapie+Mannitol, + Halopéridol /- Primpéran

- Les troubles métaboliques : hypercalcémie sur métastases osseuses
- Mécanisme : stimulation de la trigger zone
- Traitement : celui de l'hypercalcémie avec en particulier : Perfusion d'Arédia (à une fréquence de tous les 15 j à toutes les 3 semaines)+ Halopéridol /- Primpéran

- Les occlusions digestives partielles ou totales : sur néoplasie intestinale, carcinose péritonéale
 - Mécanisme : Compression mécanique et stimulation des récepteurs intestinaux
 - Traitement : Corticothérapie, Halopéridol, antisécrétoires (octréotide), Le métoclopramide n'est pas indiqué car il est prokinétique (la stimulation de la motricité digestive sur un obstacle digestif est contraindiquée).

- L'Angoisse :
- Mécanisme : stimulation directe sur le centre du vomissement
- Traitement : Anxiolytiques et halopéridol +/- métoclopramide

Par ailleurs dans le contexte plus spécifique de soins palliatifs cancérologiques au décours de chimiothérapies émétisantes, des antiémétiques tels que les sétrons (Kytril, Zophren) peuvent être prescrits.

Les Posologies :

- L'Halopéridol en titration : de: 0,5mg par prise en 3 prises par jour jusqu'à une dose efficace sans effet secondaire majeur
- Le métoclopramide : 5mg par prise en 3 prises par jour jusqu' à 30mg/j

9.2.2 Les autres causes

Les irritations de la muqueuse gastrique ou œsophagienne (RGO, gastrite, ulcère, candidose œsophagienne) de la capsule hépatique (métastases hépatiques) et les compressions médiastinales (extension tumorale) par l'intermédiaire de la stimulation du nerf vague peuvent entraîner des nausées ou vomissements.

Les traitements par chimiothérapie ou radiothérapie par stimulation de la trigger zone et du centre du vomissement. Au décours ou dans les suites de chimiothérapies émétisantes, des antiémétiques tels que les sétrons (Kytril, Zophren) peuvent être prescrits.

Chapitre 6

Chapitre 7 Conclusion

La prise en charge des nausées et des vomissements en soins palliatifs implique d'en connaître ses principales causes, celles ci étant souvent intriquées (ex : patient porteur

d'une pathologie cancéreuse en phase de dissémination métastatique osseuse, cérébrale, sous morphiniques...).

Il faut connaître l'usage spécifique des neuroleptiques et des corticoïdes dans cette indication.

X – LA CONSTIPATION

Symptôme très fréquent en Soins Palliatifs et responsable d'un inconfort majeur !!! Seule la surveillance régulière des selles (souvent négligée !) et un traitement préventif précoce permettront d'éviter sa survenue. (et l'apparition d'une constipation « maligne » avec fécalome nécessitant une extraction potentiellement traumatisante).

Causes : multiples et généralement intriquées

- Alitement
- Déshydratation
- Alimentation peu abondante (bol alimentaire modeste) et pauvre en fibres.
- Blocage du péristaltisme intestinal : causé principalement par des médicaments : antalgiques de palier 2 et 3, antidépresseur tricyclique,...

Diagnostic,

- Interrogatoire
- clinique,
- +/- TR

Attention aux fausses diarrhées, elles signent en général un obstacle haut situé

Traitement

Règles hygiéno-diététiques

Médicaments :

Il existe plusieurs classes de laxatifs dont le mode d'action est spécifique ; (tenir compte des habitudes des patients sous laxatifs avant d'être malade) ; il faut parfois les associer ;

1. Osmotique : Lactulose, Forlax, Transipeg...
2. Lubrifiant : Lansoÿl, huile de paraffine...
3. Stimulant du péristaltisme intestinal : Péristaltine ..
4. Laxatif de lest :

Les suppositoires et les lavements :

1. Suppositoire d'Eductyl ou de glycérine
2. Microlax
3. Normacol
4. Lavement sur sonde (Eau tiède + vaseline)

Chapitre 8

Chapitre 9 CONCLUSION

Les causes de la constipation sont multiples et intriquées. La place de la prévention reste primordiale. Ainsi, on n'oubliera pas la prescription de laxatif dès l'introduction d'antalgique de palier 2.

L'évaluation du transit physiologique (fréquence des selles variable d'un individu à l'autre en situation physiologique) permet de mieux programmer les traitements laxatifs qui peuvent être associés pour retrouver un transit le plus proche possible de la normalité.

XI – LES DIARRHEES : Les causes et les traitements

11.1 Fausse diarrhée sur fécalome

A envisager en premier lieu devant la fréquence de survenue des constipations chez les patients en Soins Palliatifs.

- Traitement : prise en charge de la constipation ;
- Avant de programmer un asp, il faut faire un TR ; mais il arrive que le TR ne soit pas contributif car le fécalome est très haut situé.

11.2 Diarrhée infectieuse

La diarrhée d'origine candidosique est fréquente, les patients étant souvent sous corticoïdes avec un terrain immunodéprimé.

Il peut donc être intéressant de faire des coprocultures afin d'adapter le traitement

- Traitement : antifongique par voie orale+ SMECTA ou ULTRA LEVURE

11.3 Diarrhée sur antibiotique

- Traitement : arrêt des antibiotiques + SMECTA ou ULTRA LEVURE

11.4 Diarrhée post-radiothérapie abdominale sur colite radique

- Traitement : corticothérapie (éventuellement par voie locale)+ SMECTA ou ULTRA LEVURE

N' UTI LISER L 'I MMODIUM QU ' EN DERNIER RECOURS
S ' IL EXISTE UN RISQUE D ' OCCLUSION INTESTINAL E

La diarrhée pose le problème de l'altération cutanée qu'elle peut générer ; des mesures de protection de la peau doivent être considérées.

La question des mauvaises odeurs consécutives peut également se poser ; elle doit être prise en compte.

XII – LES OCCLUSIONS DIGESTIVES

12.1 Fréquence

5 à 42 % cancers avancés de l'ovaire
4 à 24 % cancers avancés colo-rectaux
Elles peuvent également survenir au décours de cancers du sein, de cancers du pancréas...

12.2 Physiopathologie

1. Obstruction mécanique :
 - Intrinsèque ou extrinsèque (accroissement de la tumeur primitive ou secondaire)
 - Strangulation sur bride (post chirurgicale)
 - Lésions radiques
 - Fécalome

2. Obstruction fonctionnelle :
 - Hypercalcémie.
 - Infiltration du mésentère ou des plexus par le tissu cancéreux iléus paralytique.

3. Occlusion mixte :
 - Carcinose Péritonéale.

12.3 Clinique

Elle dépend du siège de l'occlusion.

La douleur est constante chez 90 % des patients.

Les coliques intermittentes sont constantes chez 15 % des patients.

L'occlusion est partielle ou totale.

L'occlusion confronte à la question de l'alimentation

- Occlusions hautes
 - Vomissements post prandiaux alimentaires abondants et fréquents.
 - Abdomen non météorisé.
 - Déshydratation.

- Occlusions basses
 - Vomissements à distance des repas, moins fréquents, fécaloïdes.
 - Météorisme abdominal.
 - Fausse diarrhée.

12.4 Prise en charge

La voie d'administration des médicaments se fera soit par voie sous cutanée ou par voie intraveineuse.

Lutter contre la douleur

- Arrêt des médicaments qui stimulent le péristaltisme.
- Les morphiniques : antalgiques de choix dans l'occlusion.
- Les Antispasmodiques.

Lutter contre les nausées et vomissements

Antiémétiques :

a) Médicaments prokinétiques : Primpéran
 contrindiqué chez les patients en occlusion totale.

b) Les Neuroleptiques :
-Haldol : 5 à 15 mg/j en en SC ou IV
-Nozinan : 5 à 50 mg/j en SC ou IV
-Zyprexa

Antisécrétoires :

a) Les Anticholinergiques :
-Scopolamine : 0.5 à 2 mg/j en SC ou IV

b) Les Analogues de la somatostatine:
-Sandostatine : 0.2 à 0.9 mg/j en SC

c) le mopral

En ce qui concerne le b et le c, il s'agit de traitements beaucoup plus onéreux qui ne pourront se faire qu'en cas d'échec des traitements usuels ou d'une occlusion haute très productive

Tenter de rétablir un transit intestinal dans les occlusions partielles
 Avec des corticoïdes : -ils agissent en diminuant l'œdème péri tumoral
Avec un traitement laxatif doux

La sonde nasogastrique

- En accord avec le patient.
- En cas d'échec du traitement médical.
- En cas de vomissement fécaloïde ou hémorragique digestif très inconfortable pour le patient.
- A visée de décharge des liquides et des gaz

De façon transitoire

La gastrostomie :

Elle peut être réalisée lors de l'intervention initiale(diagnostique) ou ultérieurement. L'occlusion confronte à la question de l'alimentation ; celle-ci peut être poursuivie éventuellement par voie orale,(alimentation plaisir), la gastrostomie ou la jéjunostomie permettant une vidange du contenu gastrique.

CONCLUSION

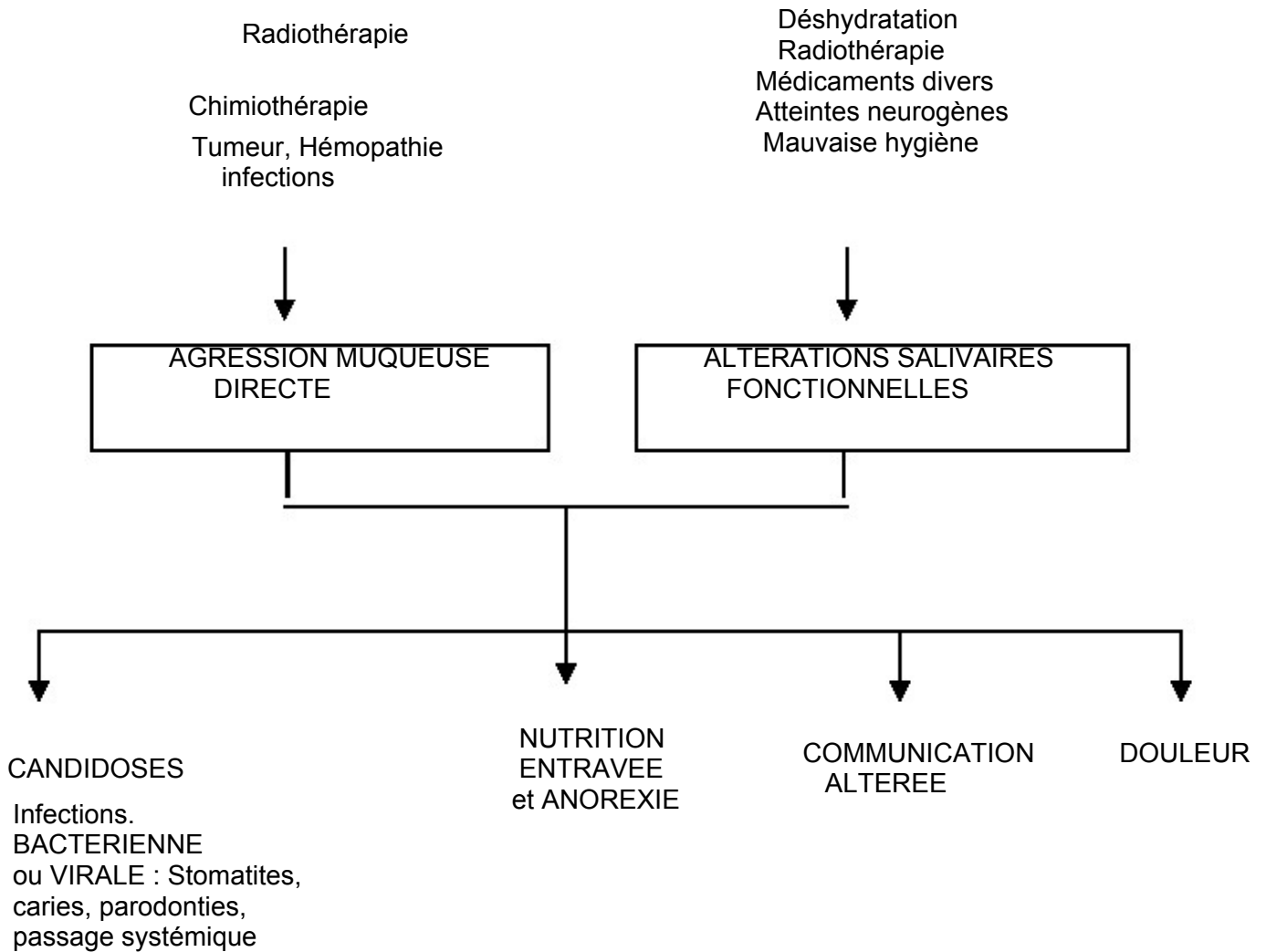
1. Le traitement de l'occlusion intestinale en Soins Palliatifs est essentiellement un traitement médical et peu chirurgical.
2. Le traitement est d'autant plus efficace que l'occlusion est partielle et basse.
3. La sonde nasogastrique n'est utilisée qu'après échec du traitement médical en accord avec le patient.

XIII – LES ATTEINTES BUCCALES

- L'atteinte buccale chez un patient en Soins Palliatifs est un symptôme inconfortable très fréquent. Les conséquences en sont multiples pour les patients :
 - Douleur, trouble de l'élocution et de la déglutition, sensation de soif, mauvaises odeurs.
- Les différents types d'atteintes sont :

1. La sécheresse de la bouche
2. Les infections mycosiques
3. Les ulcérations
4. Les hémorragies

PHYSIOPATHOLOGIE DES ALTERATIONS BUCCALES



13.1 La sécheresse de la bouche

Clinique :

- Sensation de soif, perte du goût.
- Difficulté pour mastiquer et pour déglutir.
- Muqueuse buccale sèche, rouge parfois rôtie.
- Sécrétions salivaires épaisses, avec débris alimentaires.

□ Causes :

- Post radiothérapique ou chimiothérapique.
- Traitement par morphinique, anticholinergique, et antidépresseur.

- Déshydratation.
- Respiration bouche ouverte
- Oxygénothérapie

□ Traitements :

- Soins de bouche fréquents à base de bicarbonate de sodium 3 à 4 fois par jour.
- Pulvérisation d'eau le plus fréquemment possible.
- Salive artificielle (artisial) ou Pilocarpine

13.2 Les infections mycosiques

□ Clinique :

- Langue saburrale : apparaît recouverte d'un enduit blanchâtre, pouvant aller jusqu'à un dépôt noirâtre ; en fait, il n'y a pas de clinique spécifique mais en revanche la sensation subjective de cuisson ou de sable dans la bouche est très suspecte de surinfection mycosique.
- Atteinte œsophagienne parfois associée.

□ Causes :

- Immunodépression en lien avec la maladie (hémopathie) ou les traitements par chimiothérapie.
- Désorganisation de la flore buccale.
- Mauvaise hygiène bucco-dentaire.

□ Traitements :

- Fungizone ou Daktarin gel buccal.
- Triflucan par voie générale si atteinte œsophagienne associée.

13.3 Les ulcérations buccales

□ Causes :

- Immunodépression (post chimiothérapie ou hémopathie) avec atteinte virale herpétique.
- Post radiothérapie.

□ Clinique : sous forme

- Aphthose : ulcération ovalaire à bord net et fond sanieux
- Ulcérations herpétiques plutôt confluentes.
- Stomatite avec une langue dépapillée.
- Décoloration des muqueuses.

□ Traitements :

- traiter la douleur est une priorité : ceci peut être fait de façon locale avec des anesthésiques (Xylocaïne gel) ou des « pansements » (sucralfate Ulcar) ; (ne pas donner d'anesthésique avant une prise alimentaire) ;
- si le traitement in situ est insuffisant, il faut administrer les antalgiques par voie générale (y compris des morphiniques)
- traiter une probable infection herpétique (zovirax injectable), si les lésions sont étendues et si la douleur est intense ou s'il y a une fièvre ;
en effet les lésions herpétiques ne sont pas spécifiques et doivent être envisagées chez un patient immunodéprimé par sa maladie ou les traitements .

13.4 Les hémorragies buccales

□ Causes :

- Tumeur locale
- Troubles de l'hémostase (en lien avec la maladie cancéreuse ou avec les traitements)

□ Traitements :

- Soins de bouche à l'eau oxygénée
- Alginate de Calcium : COALGAN
- Hémostatiques par voie générale ?

CONCLUSION

L'exploration de la cavité buccale est rarement effectuée dans l'examen clinique d'un patient. Elle est capitale dans la prise en charge d'un patient en soins palliatifs car elle permet, après avoir mis en place des soins de bouche adaptés et fréquents dans la journée, de redonner au patient un confort majeur, et peut être un appétit diminué du fait de ces lésions.

XIV – L'ANOREXIE ET LA CACHEXIE

L'anorexie est un des symptômes les plus fréquents en phase palliative s'inscrivant le plus souvent dans un tableau de cachexie.

L'anorexie pose directement le problème de l'alimentation, questionnement central en Soins Palliatifs à la fois pour le patient, les familles et les équipes soignantes.

Avant toute décision thérapeutique, il est important de faire une évaluation nutritionnelle du patient :

14.1 Evaluation nutritionnelle

1. Interrogatoire

- Sur les antécédents alimentaires récents.
- Existence de symptômes associés : douleur, asthénie, constipation, lésions buccales ou sécheresse de bouche, anxiété et dépression.
- Sur les demandes du patient : a-t'il faim et demande-t'il à manger
- Sur les goûts et habitudes du patient.

2. Examen clinique

- Recherche d'une amyotrophie et de signes de déshydratation.
- Recherche de lésions buccales pouvant être à la base de l'anorexie.
- La pesée du patient et le chiffrage de la perte de poids récente ne se font que lorsqu'il existe des possibilités de rénutrition ou dans le cadre d'un bilan préthérapeutique

14.2 La prise en charge

- Eliminer les causes possibles de l'anorexie
 - Traitement de la douleur
 - Prise en charge des nausées et vomissements
 - Traitement des atteintes buccales avec intensification des soins de bouche
 - Prise en charge de l'angoisse et du syndrome dépressif
 - Prise en charge de la constipation

- La place des corticoïdes
L'appétit peut être stimulé par des petites doses de corticoïdes quotidiennes le matin.

La prise en charge nutritionnelle

Il faut avoir présent à l'esprit que le syndrome anorexie-cachexie est associé à de nombreuses pathologies (cancéreuse, infectieuse ou dégénérative) par le biais de mécanismes biochimiques complexes : si la maladie elle-même échappe au contrôle, ce symptôme échappera également. Il peut constituer, en dehors des causes précédemment énumérées, un syndrome incurable, contre lequel « gavage » et alimentations artificielles n'amélioreront pas ni la qualité de vie ni l'espérance de vie.

a) L'alimentation Per Os :

Toujours dans une dynamique palliative de confort, la notion de plaisir dans l'alimentation est essentielle. C'est dans ce but que le patient ne sera ni forcé ni stimulé pour manger. C'est à partir du moment où le patient émet le souhait de manger, que la voie per os sera privilégiée (si celle-ci reste encore possible) et favorisée par :

- La flexibilité dans l'horaire des repas
- L'adaptation des repas aux goûts du patient
- Le fractionnement des repas

Parfois le patient ne demande rien mais c'est la famille qui souffre de ne pas voir s'alimenter leur proche avec la peur de le voir « mourir de faim » ou « que les escarres s'aggravent ». Il est alors important de pouvoir expliquer à la famille que même un apport calorique conséquent ne freinera pas le processus de dégradation de l'état général enclenché par la maladie cancéreuse, l'anorexie s'inscrivant dans un syndrome paranéoplasique.

Lorsque l'alimentation per Os est impossible (fausses routes, obstacle sur les voies aéro-digestives) et que le patient est en demande de nutrition, on pourra envisager avec lui une autre forme d'alimentation n'altérant pas son confort.

On retrouve ce type de situation souvent dans des contextes de pathologie neurologique dégénérative impliquant des prises en charge à moyen et à long terme.

b) L'alimentation Entérale :

- La sonde nasogastrique :

Souvent traumatique et inconfortable pour le patient, donc peu utilisée en Soins Palliatifs.

- La gastrostomie simple :

Possible chez les patients ayant une espérance de vie prolongée en particulier les patients atteints de pathologie neurologique dégénérative.

- Avantage : geste chirurgical simple, rapide et peu douloureux.

- Inconvénients : possibilité de reflux gastro-œsophagien avec risque de fausses routes et de pneumopathie par reflux et encombrement pulmonaire chronique

c) L'alimentation Parentérale :

- Possible uniquement chez le patient porteur d'une voie veineuse centrale ou d'un PAC. Et en cas d'impossibilité d'alimentation entérale
- Comporte des risques infectieux.
- Risque d'aggraver une encéphalopathie hépatique en cours
- Technique onéreuse.
- Peu pratiquée en Soins Palliatifs(concerne surtout les soins palliatifs précoces avec projets thérapeutiques nécessitant un bon état nutritionnel)

CONCLUSION

L'anorexie est un symptôme souvent associé à la cachexie, s'inscrivant dans un syndrome paranéoplasique quand elle survient chez des patients cancéreux.

Ceci pose directement le problème de l'alimentation, qui souvent est source de souffrance pour le patient mais surtout pour l'entourage.

- A partir du moment où le patient demande à manger, l'alimentation per os sera la voie privilégiée et favorisée afin de satisfaire ce plaisir tout en conservant le confort du patient;
On n'oubliera pas de prendre en charge les facteurs étiologiques et environnementaux qui peuvent être à la base de l'anorexie.
- L'alimentation Entérale ou Parentérale ne sera envisagée que dans le cas où l'alimentation orale est impossible et à la demande du patient, informé de l'évolution de sa maladie. Elle ne doit pas générer plus d'inconfort pour le patient et se situe plus dans le cadre d'une prise en charge à moyen et long terme, en particulier chez les patients atteints de pathologies neurologiques dégénératives.

Seule une écoute et un examen clinique de qualité permettront au médecin, dans le cadre d'une l'interdisciplinarité, de prendre la bonne décision dans la prise en charge nutritionnelle d'un patient en Soins Palliatifs.

XV – LA PRISE EN CHARGE DU HOQUET EN SOINS PALLIATIFS

1. Physiopathologie :

- Mal élucidée
- Plus un réflexe digestif que respiratoire
- Le centre du hoquet se trouverait dans le tronc cérébral.

2. Clinique :

C'est une secousse brève du thorax avec mise en tension brutale des muscles inspiratoires et fermeture de la glotte avec inhibition des activités œsophagiennes et des muscles expiratoires.

Le hoquet peut entraîner un inconfort majeur chez le patient du fait de son intensité et de son caractère incoercible.

3. Prise en charge :

Le traitement est avant tout étiologique, celui :

- D'un R.G.O.
- D'une pathologie inflammatoire sus et sous phrénique
- D'une atteinte du tronc cérébral
- D'une cause métabolique : insuffisance rénale
- de la suppression des toxiques : alcool, nicotine

4. A défaut d'agir sur les causes

- Les psychotropes tels que : les neuroleptiques (chlorpromazine), ou les antidépresseurs (amitriptyline) Halopéridol

CONCLUSION

Le hoquet peut être un symptôme particulièrement inconfortable de par sa fréquence, son intensité physique et sonore.

Ce symptôme banal au demeurant peut donc devenir une souffrance physique et psychologique majeure pour le patient et son entourage.

L'introduction de certains psychotropes, cités précédemment, permettront le plus souvent de faire céder ce symptôme parfois incoercible.

XVI - CONCLUSION GENERALE

L'accompagnement d'un patient en fin de vie confronte généralement à de multiples symptômes, tant physiques que psychiques. Il existe par ailleurs des intrications somato-psychiques qui nécessitent parfois de savoir prendre son temps, pour en faire une évaluation la plus précise possible.

La liste des symptômes abordés dans ce cours n'est pas exhaustive.

La prise en charge se déroule parfois à l'hôpital, parfois à domicile, mais il faut tenir compte de l'environnement naturel du patient où qu'il soit et

essayer de ne pas exclure cet environnement ; bien entendu, ce dernier est parfois absent, car tétanisé par l'angoisse que génère la fin de vie d'un proche.

Il faut savoir l'aider alors à retrouver une place, si cela est possible.
Une prise en charge spécifique avec les thérapeutiques et les moyens dont on dispose permet le plus souvent d'obtenir la qualité de vie la meilleure possible dans une période de la vie qui demeure éprouvante pour tous : patients, familles, équipes.

Pour en savoir plus ...

Bibliographie générale se rapportant aux Soins Palliatifs

- « Mort d'Ivan Illitch » de Tolstoï.
- « La douleur » de A. Daudet
- « Le Deuil » Que sais-je ? Marie-Frédérique Bacque et Michel Hanus
- « L'Euthanasie » Que sais-je ?