

## SYMPTOMES PENIBLES EN SOINS PALLIATIFS

### PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT



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.

TOUJOURS SUR UN FIL ENTRE OBSTINATION DERAISONNABLE ET ABANDON THERAPEUTIQUE

TOUT TRAITEMENT DOIT ETRE UTILE (sanction thérapeutique) EFFICACE ET PROPORTIONNE

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, l'équipe pluridisciplinaire.

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.)

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...

◆ **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 anato-mo-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 asphyxiante 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 oeuvre doivent être proportionnés à l'état clinique du patient, 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

stent cave, anticoagulant

antibiothérapie ou/et antifongothérapie si infection accessible à un traitement ...

traitement de l'insuffisance cardiaque.

NON SPECIFIQUES

NON MEDICAMENTEUX

Rassurer+++ , expliquer au patient que l'angoisse majore sa dyspnée et qu'il respirera mieux s'il respire

Donc être calme, apporter une réponse sereine

Circulation d'air (ventilateur, fenêtre ouverte)

Installation du patient en ½ assis, ½ obscurité

Oxygénothérapie

•Si hypoxie clinique et/ou oxymétrique

•Sinon, ? en test (cela peut rassurer le patient).

Mais risque de sècheresse 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

Voire 500 à 1500 mg/24 h si compression tumorale, pendant quelques jours.

#### 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'O<sub>2</sub>.

- Amélioration de la perfusion du coeur en O<sub>2</sub>

- 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.

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

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.

Peut aller jusque la sédation si dyspnée insupportable

#### Si encombrement surajouté :

D'abord réduire les apports !

Diurétique éventuellement (si signes cliniques de défaillance cardiaques surajoutés ou à visée de test thérapeutique)

Antisécrotoire = scopolamine , scoburen IV – SC

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 car peut être utile et les conditions de réalisation bonnes.

Installation du patient en latéral : la position de ¾ est la plus adaptée



## II TOUX

Même cause, même traitement

Parfois difficile à soulager

antitussif souvent inefficace (codéine)

Vous pouvez utiliser un humidificateur (nébulisateur, bouteille d'eau coupée placée dans un porte

urinal accroché sur le radiateur....) cela permet d'hydrater les muqueuses et améliore l'état d'une toux.

surtout lors d'accès de toux nocturne, surélevez la tête du lit

Boire beaucoup d'eau, privilégier les boissons chaudes. Boire permet de favoriser l'hydratation du mucus.

Nettoyer le nez au sérum physiologique

## HEMOPTYSIE

Toujours penser aux antiagregants, anticoagulants

voir si indication radiothérapie hémostatique

traitement médicamenteux: Hémostatique: Exacyl\*, Dycinone\* (efficacité?)

Glypressine, adrénaline par voie endoscopique

jusqu'à sédation si grande abondance

## III – L'AGONIE

Agonie vient du grec agônia qui signifie lutte, angoisse et c'est la période qui précède le décès.

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 la poursuite ou l'arrêt de traitements futiles (ex : antibiotiques, hypoglycémifiants, antihypertenseurs, antithrombotiques, alimentation, hydratation...)

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

#### 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 (salive) stagnant 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 «  $\frac{3}{4}$  » préservant le confort du patient: ceci permet un drainage postural tout en

Aspirations (éventuellement) : elles ne doivent pas être systématisées

Anticholinergiques destinés à empêcher la production de sécrétions, (pas ou peu d'efficacité sur sécrétions pharyngées)

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

- 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.

- Scoburen IV-SC

Il existe un risque de rétention urinaire à connaître.

Diurétiques : si défaillance cardiaque associée

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



#### IV – L'AGITATION DELIRANTE- CONFUSION

Fréquente chez les patients cancéreux, environ 30% à l'admission en SP, 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.

##### Diagnostic

- présence de troubles de la conscience et donc de l'attention et de l'éveil
- présence de troubles des cognitions : altération de la pensée et de la mémoire
- présence de troubles des perceptions : hallucinations, illusions, délire

La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée

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

Symptomatologie difficile pour l'équipe

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

Ne pas confondre avec la démence

Signe de gravité

Etiologies

Causes physiques

- douleurs non contrôlées,
- nausées et vomissements,
- rétention urinaire (globe vésical), fécalome,
- troubles métaboliques : hypercalcémie, hypo ou hypernatrémie, hypophosphorémie, hypoglycémie,
- hémorragie digestive,
- métastases cérébrales,
- foyer infectieux,
- déshydratation, malnutrition,
- hypoxie, dyspnée persistante,
- insuffisance d'organe (rein, foie),
- collapsus cardio-vasculaire,
- déficit sensoriel visuel et/ou auditif.

Causes iatrogéniques

- psychotropes (réaction paradoxale aux benzodiazépines),
- corticostéroïdes,
- analgésiques opioïdes,
- agonistes dopaminergiques, agents anticholinergiques,
- surdosage ou sevrage de certaines substances : benzodiazépines, morphiniques, alcool,
- interactions médicamenteuses,
- contexte post-chirurgical,
- chimiothérapie : sels de platine, méthotrexate,
- immunothérapie : interféron, interleukine,
- radiothérapie cérébrale,
- agents antifongiques (fluconazole) et antiulcéreux (cimetidine),
- antibiotiques : fluoroquinolones,
- modification de l'environnement habituel : lieu, structure, chambre, équipe soignante,
- transplantation géographique.

Causes psychiatriques / psychologiques

- états anxieux, états dépressifs (forme agitée),
- états maniaques ou hypomanie,
- peur de la mort et de la perte d'autonomie,
- mécanisme de défense ( origine psychogène),

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'examen complémentaires doit être envisagée en partant des plus "simples" :

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; mais attention 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

passé(objectivation des troubles)

Penser à faire des "fenêtres thérapeutiques" chez des patients polymédicamentés

avec des traitements à visée neuropsychique

Ne pas imputer trop vite ces manifestations délirantes à la morphinothérapie

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 oeuvre des mesures psycho-environnementales visant à

rassurer et à protéger

(le patient et secondairement la famille)

Éviter le bruit, la lumière (attention aux TV allumées...)

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 si un espoir d'amélioration existe : par une assistance humaine et technique

(pendules, calendriers, réorienter le patient par les recadrages faits par les soignants lors de leur

passage)

Éviter les comportements anxieux, ambivalents, désordonnés potentiellement

aggravants

Ne pas surenchéris dans les délires en posant des questions à type de reformulation «

que voulez-vous dire quand vous dites... »

Ne pas attacher les patients ( cf recommandations ANAES sur la

contention qui devient une prescription médicale)

Des mesures pharmacologiques :

Tranquilliser le patient, l'apaiser

intérêt des neuroleptiques sur les autres tranquillisants

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

. 3 prises

RISPERDAL : neuroleptique per os uniquement, une prise par

jour

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

-Anxiolytique, par exemple  
Xanax, Temesta, Seresta, (valium)... per os  
Hypnovel per os sous cut iv, +++  
Atarax per os, sous cut IM, IV



## 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.

L'anxiété est souvent confondue avec l'angoisse qui traduit les manifestations somatiques et le vécu corporel de l'anxiété. L'angoisse (peur sans objet) désigne un état de malaise avec le sentiment d'un péril imminent et de se sentir impuissant face à cela

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 (envahi la personnalité)... La prise en charge relationnelle et la reconnaissance du trouble constituent le minimum de la prise en charge du symptôme. La nécessité de « traiter » cette l'anxiété est donc bien liée à son retentissement sur la vie quotidienne, en particulier sur la vie relationnelle et la relation de soins, à son caractère désagréable, et à l'intensité de la souffrance ou de la gêne ressentie par le patient.

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

#### 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

Les approches psychothérapeutiques divergent selon les écoles et les affinités des équipes soignantes. De la simple psychothérapie de soutien à une psychothérapie plus structurée pratiquée par un spécialiste, les techniques peuvent être plus ou moins directives.

Création d'un environnement calme et sécurisant

Temps accordé à un patient en demande d'explications

Relaxation, massages, thérapies occupationnelles

Soutien spirituel

Moyens pharmacologiques

Le traitement pharmacologique fait appel aux anxiolytiques du type benzodiazépine (alprazolam, bromazepam, oxazepam, lorazepam, clonazepam, diazepam, chlorazépate dipotassique) ou antihistaminique (hydroxyzine), aux antidépresseurs sérotoninergiques inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) (citalopram, escitalopram, paroxétine, fluoxétine, sertraline...) ou inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNa) (venlafaxine, duloxétine) ou plus rarement aux tricycliques (clomipramine, amitriptyline), voire aux bêta-bloquants (propranolol). La voie orale restera privilégiée mais parfois une voie parentérale ou sous cutanée sera nécessaire.

L'utilisation des anxiolytiques, de part leur action rapide, sera privilégiée lors des accès aigus d'anxiété. Les antidépresseurs, d'action plus lente, étant plus indiqués en traitement de fond et dans le cadre des troubles anxieux chroniques.

En cas d'angoisse de mort massive, l'utilisation d'un neuroleptique de la famille des phénothiazines telle que la cyamémazine, la chlorpromazine ou la lévomépromazine pourra s'avérer utile.

Le midazolam ne sera utilisé à visée anxiolytique que si la voie orale d'administration s'avère impossible, ou alors en dernier recours à visée de sédation terminale le plus souvent dans un contexte de troubles somatiques réfractaires (dyspnée, hémorragies) ou psychiatriques ingérables (confusion terminale).

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 ».

## V DEPRESSION

5% de la population générale, 30 à 50% en USP

Altère la qualité de vie, retentissement sur la morbidité et la mortalité

Diagnostic parfois difficile entre sd dépressif/démoralisation/glisement

### **Syndrome de démoralisation**

n Réaction psychologique normale

- nHumeur normale si distraction et détournement du facteur stressant
- nHumeur triste si confrontation à la situation stressante ou génératrice de tristesse
- nPréservation du plaisir, de la motivation et de l'envie de faire des choses lors du présent mais pas pour le futur**
- nPerte du plaisir anticipatoire et maintien du plaisir de consommation
- nMaintien de l'élaboration des projets au présent mais pas au futur
- nInteraction possible avec l'environnement mais sans enthousiasme
- nPas de ralentissement moteur
- nIdéations suicidaires fluctuantes

### **Syndrome dépressif**

- nRéaction psychopathologique
- nHumeur triste en permanence
- nPerte du plaisir, de la motivation et des intérêts au présent et au futur
- nPerte du plaisir anticipatoire et de consommation
- nPerte de l'élaboration de projets au présent et au futur**
- nAucune interaction possible avec l'environnement : repli sur soi
- nRalentissement moteur
- nIdéation suicidaires constantes volonté active de mourir

### **Syndrome de glissement**

- nperte de l'élan vital
- nrefus d'alimentation et des soins
- nanorexie et adipsie
- npassivité dans culpabilité
- nrégression psychomotrice
- ndégradation rapide de l'état général
- natonie vésicale et intestinale
- nvolonté exprimée de mourir
- nvolonté passive** de mourir (se laisse mourir)
- nconduit au décès rapidement en moins de 5 jours
- npeut masquer une dépression
- ninefficacité du tt antidépresseur**

### ANTIDEPRESSEUR

- nProblème de temporalité : inefficacité des ADP car délai d'action trop long (> 15 jours)
- Les ISRS : citalopram, escitalopram
- Les NaSSA : mirtazapine : effet sédatif, orexigène, anxiolytique, antiémétique (inhibition récepteurs 5HT3)
- Les ISRSna: Venlafaxine et duoxetine (effet antalgique)
- nSi dépression sévère et espérance de vie limitée : intérêts des psychostimulants : Méthylphénidate (Ritaline®)

PSYCHOTHERAPIE indissociable de la prise en charge pharmacologique

### 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'apport 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 surdosage

#### 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 O<sub>2</sub> ....)

Pli cutané

de la tension oculaire

de la turgescence veineuse

Tachycardie

( + si Hypo TA orthostatique trouble du SNV)

les oedèmes 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.

#### 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.

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. (confère Loi Leonneti)

#### 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,

La voie orale tant qu'elle est possible reste privilégiée avec Règles hygienodiététique si trouble de déglutition

-position assise stricte durant le repas, caler la tête et le tronc avec des coussins si nécessaire : la tête doit être dirigée vers l'avant, menton bas

-Les boissons acidulées et sucrées permettent de diluer une salive trop épaisse. Préférer l'eau gazeuse à l'eau plate

-Utiliser bien sûr l'eau gélifiée mais il est également possible d'épaissir de nombreuses boissons qui elles seront au goût du patient (Nestlé, DHN, Nutricia, Novartis )

-Faire boire de préférence à la paille ou avec un gobelet dont le bord supérieur sera coupé de sorte à ne pas buter contre le nez (éviter les « canards » qui obligent à pencher la tête en arrière !) (verres à ouverture nasal)



Hydratation par voie sous-cutanée:

Préférer la voie sous claviculaire (3 travers de doigt sous la clavicule, au milieu, aiguille dirigée vers l'appendice xyphoïde) ou abdominale (non juxta ombilical) qui sont les mieux tolérées et les moins douloureuses

-Chez le patient agité, placer un cathéter pédiatrique et non un butterfly dans le dos en sus épineux ou sous scapulaire

L'aiguille peut être laissée en place jusque 7 jours maximum, mais si, possible la changer minimum tous les 3 jours. Le biseau est toujours tourné vers l'hypoderme

-Ne pas dépasser 1200 ml max/24 h et par site d'injection

Toujours laisser un régulateur de débit (Dialaflow)

-Ne jamais perfuser un Glucosé seul (risque de nécrose cutanée) et éviter le Kcl

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 oeuvre certaines mesures de prévention ou de traitement.

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

#### 7.1 Etiologies

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

#### 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

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, les symptômes réfractaires des recommandations éditées par la société française d'accompagnement et de soins palliatifs(SFAP), 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 potentiellement rapidement létales.

## 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 impliquant de nombreux récepteurs et sites d'action 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

### 9.1 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 connues

### 9.2 Causes et Traitements

Faire respirer profondément par la bouche

-Si une alimentation est possible, préférer les repas froids, à donner de façon fractionnée plusieurs fois par jour et par petites quantités

-Attention aux couleurs émétisantes (jaune et vert)

- position ½ assise ou PLS
- 

#### 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 +/- Métoprolole

L'hypertension intra crânienne : sur tumeur ou métastases cérébrales

Mécanisme : stimulation des centres cérébraux supérieurs

Traitement : Corticothérapie, + 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, scoburen), 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.

### 9.2.2 Les autres causes

Les irritations de la muqueuse gastrique ou oesophagienne (RGO, gastrite, ulcère, candidose oesophagienne) relèvent des antiémétiques ayant une action périphérique (motliul, primperan, vogalene...)

La cortisone est efficace sur celles 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.

## 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...).

## X – LA CONSTIPATION



Symptôme très fréquent en Soins Palliatifs (>50%) 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,..., due à la pathologie principale, à des troubles métaboliques

Diagnostic: moins de 3 selles/semaine, sensation d'exonération difficile, de selles dures

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 ;

laxatif Osmotique : Lactulose, Forlax, Transipeg

laxatif Lubrifiant : Lansoÿl, huile de paraffine...

laxatifs stimulants: Dulcolax, senokor

Laxatif de lest

Stimulant du péristaltisme intestinal : Prostigmine..

Les suppositoires et les lavements :

Suppositoire d'Eductyl ou de glycérine

Microlax

Normacol

Lavement sur sonde (Eau tiède + vaseline)

Antagoniste morphinique périphérique (Relistor)

Préparation pour investigation colique (PEG, Xprep)

## 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.

## 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.

Arrêt des matières et des gaz

Les coliques intermittentes sont constantes chez 15 % des patients.

L'occlusion est partielle ou totale.

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.

Attention aux Fausses diarrhées.

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 SC ou IV

-Nozinan : 5 à 50 mg/j en SC ou IV

Antisécrétoires :

a) Les Anticholinergiques :

-Scobureb : 2 à 6 voire + ampoules/24h

b) Les Analogues de la somatostatine:

-Sandostatine : 300 à 600/j en SC

c) le mopral

Tenter de rétablir un transit intestinal dans les occlusions partielles

Avec des corticoïdes : -ils agissent en diminuant l'oedème 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 de décharge en dernier recours permettant une vidange du contenu gastrique

L'occlusion confronte à la question de l'alimentation ; celle-ci peut être poursuivie éventuellement par voie orale, (alimentation plaisir)

**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.

La bouche est un organe essentiel, tant au niveau physique que psychologique.

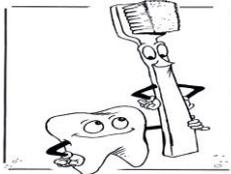
Elle permet la mastication, la respiration, mais aussi les communications par la parole ainsi que le goût et le plaisir.

La bouche a aussi un rôle dans l'aspect du visage et de son expression. Les atteintes de la bouche altèrent donc l'estime de soi, la communication avec les autres mais de plus elles entraînent souvent une perte d'appétit ainsi que malnutrition et déshydratation.



Des soins de bouche fréquents et réguliers préviennent et traitent les problématiques de la cavité buccale et améliorent la qualité de vie et le confort de la personne malade.

!!! L'action mécanique du brossage des dents reste aujourd'hui le SEUL moyen d'éliminer efficacement la plaque dentaire à l'origine de la prolifération bactérienne !!!



!!! L'efficacité du soin de bouche dépend plus de sa FREQUENCE que du produit choisi !!! Informer et installer la personne en position assise ou semi assise de préférence, sinon en décubitus latéral (PLS). Placer une protection sous le cou. Se laver les mains et mettre des gants.

Commencer si possible par un brossage des dents avec une brosse à poils souples humidifiée (le dentifrice n'est pas indispensable et même à éviter si la personne est inconsciente, n'a pas la force de cracher ou présente des lésions).

Faire un tampon en enroulant une compresse imbibée de la solution de lavage autour de l'index (changer de compresse au cours du soin, autant de fois que nécessaire)

Nettoyer toute la cavité buccale du haut vers le bas : palais, gencives supérieures et dents, face interne des joues, gencives inférieures et dents, langue, et enfin lèvres. (la bouche n'est pas que la langue!)

Faire gargariser /rincer la bouche avec la solution si l'état de la personne le permet.

Si prothèses : nettoyer avec une brosse douce et éventuellement un produit spécifique. !!!Pas de dentifrice car contient des particules abrasives !!!

#### BOUCHE SALE

- Brossage des dents
- Ananas en petits morceaux (papaïne)
- Boissons gazeuses, Coca®
  - Bain de bouche avec Alodont®, Eludril® le matin, puis plusieurs fois par jour avec une solution  $\frac{3}{4}$  sérum physiologique+  $\frac{1}{4}$  eau oxygénée (laisser en contact quelques instants et rincer à l'eau

#### BOUCHE SECHE

Si la bouche n'est pas bien humidifiée par une salivation normale, la bouche deviendra sèche ce qui causera un inconfort, puis des problèmes dentaires ainsi que des infections ou des candidoses.

**Causes possibles** : traitements radiologiques ou oncologiques, médicaments ( tels que:

antidépresseurs, antihistaminiques, diurétiques, somnifères, hypotenseurs, opiacés etc.), certaines maladies (comme: diabète, maladie de Parkinson, Sida, cancer...), tabac, alcool, déshydratation, etc...

- Hygiène bucco-dentaire fréquente (minimum 3x/j) : brossage des dents, bain de bouche avec Alodont®, Eludril®,

- Bicarbonate de sodium 1,4%

- Hydratation fréquente selon les goûts du patient : boissons pétillantes, glace concassée, glaçon au jus d'agrumes, ananas, melon et fraises

- Certains aliments : bonbons acidulés, ananas, citron, cornichons (attention ! vérifier que la bouche ne présente aucune lésion)

Vaporisation d'eau ou de salive artificielle (Moistir®, Biotène®, Oral balance gel®...)

- Hydrater les lèvres avec un corps gras (attention ! pas si la personne est sous O2 car risque de brûlure !)

- Coca

## BOUCHE MYCOTIQUE

Stade 1 : langue rouge, décapillée et douloureuse

Stade 2 : dépôts blanchâtres ou jaunâtres sur une base érythémateuse

Stade 3 : enduit blanchâtre très épais, parfois noir, parfois odeur nauséabonde

- Bicarbonate de sodium 1,4% (500cc) + Fungizone® suspension buvable (40cc). Cette solution, très (trop?) utilisée ne se conserve que très peu de temps, max 24h !: par soucis d'économie : mettre les 2 flacons en chambre et prélever pour chaque utilisation 25cc de bicarbonate de sodium et 2cc de Fungizone®. En cas de candidose digestive associée, ces solutions seront utilisées séparément : le bicarbonate en gargarisme à recracher puis le Fungizone® qui sera avalé.

- En présence de prothèses dentaires, les enlever avant le traitement et les rincer avec de l'eau vinaigrée (eau 250ml+vinaigre 30ml) avant de les remettre.

## BOUCHE HEMORRAGIQUE

- En cas de plaie ou saignement localisé : appliquer une compresse de Surgicel® ou une mèche d'Urgosorb® ou un tampon de Coalgan® (alginate de calcium)

En cas de saignement diffus : bains de bouche/gargarisme à l'Exacyl® buvable (2 à 4g/24H) ou Dycinone® injectable (1A° diluée dans 25 cc d'eau)

## BOUCHE MALODORANTE

- Ananas, Coca

- Bain de bouche au Flagyl® suspension buvable

Solution de Flagyl® injectable (Diluer ½ Flacons dans 250 ml de bicarbonates de Na à 1,4%)

- Betadine buccale: 1 c a café dans un verre d'eau en bain de bouche ou application (gout mentholé)

## ULCERATION BUCCALE, APHTES

Le traitement idéal n'existe pas...

- Bains de bouche à base de chlorexidine (Eludril®), applications de Pyralvex® ou de Borostyrol®.

- Crayon au nitrate d'argent

- Bains de bouche avec Ulcar® (à avaler, efficace en cas d'ulcération ou d'aphtose digestive)(s'attache aux tissus ulcérés ,forme une barrière protectrice et augmente la régénération de la muqueuse)

- Bains de bouche avec Aspégic®

- Corticoïdes : Betneval® buccal ou Solumédrol\* 40 à 120 mg en bain de bouche.

- Maalox®, Gaviscon®, etc...en bains de bouche.

- Xylocaïne visqueuse (effet antalgique mais pas d'action curative !) (Attention : très peu et application locale précise, à distance des repas et à ne pas avaler !!! risque de fausse route!)

- Néomycine® 5g + Solumédrol® 40mg + Xylocaïne® 200mg + Nystatine® suspension buvable

24ml + eau distillée 250ml (cette préparation peut être avalée pour un effet œsophagien) (résultats rapides < 24h)

- Éviter les aliments acides (jus d'orange,...) et le sel
- Ne pas utiliser les bâtonnets citronnés sur les lésions !!!

Ces bâtonnets sont utilisés pour rafraîchir une bouche propre et humide, sans lésions

- Ils ne doivent pas être utilisés pour hydrater ou soigner une bouche
- Ils sont à éviter chez le patient sous Oxygène



## XIV LA PEAU

Escarres

nNombreux facteurs:

Cachexie

Déshydratation

Immobilité

Humidité, maladies cardiovasculaires,

Sécheresse de la peau, anoxie...

nPrévention par:

Changements de position

Hygiène cutanée +++

Effleurages

Matelas adaptés (qui ne dispensent pas des changements de positions et effleurages)

nRéfection des pansements :

Moins souvent (si non souillé)

Pansement de propreté

Prévention douleur avant

Après la toilette pour éviter mobilisation multiples

Enfin, ne pas oublier de prendre soin des yeux, des narines et des oreilles

Rappel:

crème sur lésions suintantes

pommade sur lésions sèches

## 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'anxiété et du syndrome dépressif
- Prise en charge de la constipation

La place des corticoïdes et progestatif (Megace) peuvent stimuler l'appétit

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 aérodigestives)

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 (>2 à 3 mois) en particulier les patients atteints de pathologie neurologique dégénérative.

Avantage : geste chirurgical simple, rapide et peu douloureux.

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

c) L'alimentation Parentérale :

Possible chez le patient porteur d'une voie veineuse centrale ou d'un PAC. Et en cas d'impossibilité d'alimentation entérale

6 semaines pour être efficace

Comporte des risques infectieux.

Risque d'aggraver une encéphalopathie hépatique en cours

## 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;

L'alimentation Entérale ou Parentérale ne sera envisagée que dans le cas où l'alimentation orale est impossible et à la demande du patient « influencé », 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



### 1. Physiopathologie :

Mal élucidée

Plus un réflexe digestif que respiratoire

Le centre du hoquet se trouverait dans le tronc cérébral.

### 2. Clinique :

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 antiémétiques, les neuroleptiques(Haldol), les antidépresseurs( amitriptyline), le baclofene

## 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 somatopsychiques qui nécessitent parfois de savoir prendre son temps, pour en faire une évaluation la plus précise 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.