

Les soins palliatifs à domicile

LES SYMPTÔMES PÉNIBLES EN SOINS PALLIATIFS

1° partie /3

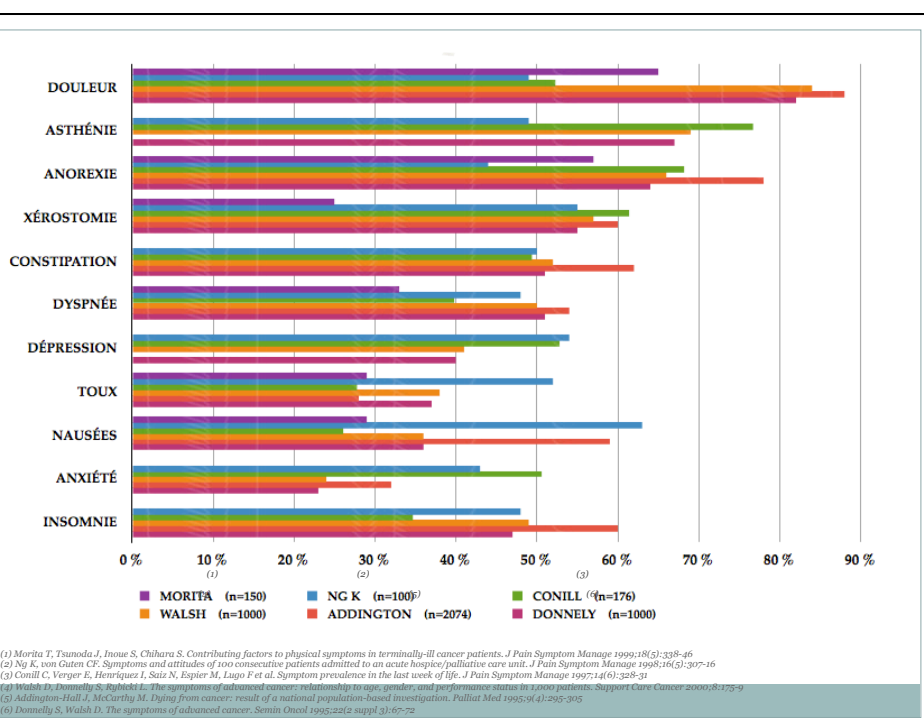
Dr BLUNTZ, Dr BOURJAL Unité de Soins Palliatifs
Hopital de MERCY CHR Metz THIONVILLE

Les soins palliatifs et accompagnement

- Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte de maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres **symptômes**, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique sociale et spirituelle. Les SP sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution.

SYMPTOMES PÉNIBLES

- Approche transversale des soins palliatifs (SP)
 - → Approche par symptômes plutôt que par pathologies
- Ensemble de **symptômes intriqués**
- **Poly-factoriels**
 - → Maladie causale
 - → Iatrogène
 - → Défaillances viscérales



Comme dans toute situation palliative: évaluer

- Evaluer la compréhension de la pathologie par le patient et la famille, de son degré d'évolution actuelle, être à l'écoute et disponible pour informer si tel est leurs souhaits.
- Evaluer l'ensemble des symptômes pénibles lié à la pathologie: douleur, symptômes respiratoires, digestifs, urinaires, neurologiques, se poser des question en terme d'alimentation, d'hydratation
- Evaluer les répercussion psychique de la maladie: souffrance, anxiété, dépression, trouble du sommeil
- Evaluer le retentissement sur la vie quotidienne de la maladie: les nouveaux besoins apparus lié à l'invalidité, le handicap, la perte d'autonomie, les difficultés financières, la vie familiale, le logement

Outils d'évaluation

- Grille ESAS d'Edmonton (Bruera)
- Grille adaptée par Cécile Bolly
A utiliser comme l'EVA ou l'EVN
- PAS DE FATIGUE.....FATIGUE EXTRÊME
- PAS DE SOMNOLENCE.....SOMNOLENCE EXTRÊME
- PAS DE PRURIT.....PRURIT MAXIMAL
- PAS DE NAUSÉES.....NAUSÉES MAXIMALES
- PAS DE DIARRHÉE.....DIARRHÉE CONTINUE
- PAS DE CONSTIPATION.....CONSTIPATION MAXI.
- EXCELLENT APPÉTIT.....PAS D'APPÉTIT DU TOUT
- RESPIRATION NORMALE..... ESSOUFFLEMENT MAXI.
- ABSENCE DE TOUX.....TOUX CONTINUELLE
- ABSENCE D'ANXIÉTÉ.....ANXIÉTÉ MAXIMALE
- BIEN-ÊTRE PARFAIT..... MAL-ÊTRE TOTAL
- AUTRE SYMPTOME À PRÉCISER.....

CAS CLINIQUES

CAS CLINIQUE N°1

- M. V agé de 47ans atteint d'un cancer du pancréas vit à son domicile avec son épouse sans aide à domicile. l'ensemble des traitement spécifique est posé et M. V relève de soins palliatif exclusif actuelement il beneficie d'un traitement par skenan LP 120 matin et soir pour ses douleur epigastrique
- Vous êtes appelé à son domicile pour des vomissement depuis 2 jours très inconfortable pour le patient et une tendance à la constipation.

SYMPTOMES DIGESTIFS

NAUSÉES VOMISSEMENTS

Nausée vomissement

- **ÉTIOLOGIES :**

- Iatrogène (opioïdes durant 8 premiers jours de ttt, antinéoplasiques, anticonvulsivants, antibiotiques...)
- Métaboliques (hypercalcémie, insuffisance rénale ou hépatique, acido-cétose..)
- Stase gastrique (opioïdes, anticholinergiques, compression extrinsèque...)
- HTIC
- Diminution péristaltisme (constipation, syndromes sub-occlusifs et occlusifs...)
- Toux et irritation pharyngée (candida...)
- Anxiété
- ...

Répercussion sur autonomie, alimentation, humeur, sommeil...

Symptôme multifactoriel et multidimensionnel

Nausée vomissement

- **IDENTIFIER ET TRAITER LES CAUSES RÉVERSIBLES :**
 - BILAN BIOLOGIQUE recherchant glycémie, calcémie, fonction rénale, fonction hépatique, bilan infectieux
 - Correction des éventuelles hypercalcémies, déséquilibre glycémiques, déshydratation...
 - Traitement anti-infectieux
- **MESURES NON MÉDICAMENTEUSES :**
 - Limiter les stimuli favorisant (odeurs, aliments acides ou épicés...)
 - Fractionnement des repas

Nausée vomissement

- **TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX :**
 - Traitement **systematique**
 - PROKINÉTIQUES
 - Métopimazine - VOGALÈNE® (15 à 30 mg /j)
 - ANTIÉMÉTIQUE D'ACTION CENTRALE
 - Halopéridone - HALDOL® (1 à 5 mg x 3 à 4 /j)
 - Alizapride - PLITICAN® (100 à 200 mg/j)
 - SETRON
 - Ondansetron - ZOPHREN® (8 mg x 2/j)
 - ANTAGONISTE CHOLINERGIQUE
 - Scopolamine - SCOPODERM® (1 patch /72H)
- + corticothérapie
- *Sd occlusif et sub-occlusif → Cf chapitre dédié*

SYMPTOMES DIGESTIFS

CONSTIPATION

CONSTIPATION

- ÉTIOLOGIES :
 - Iatrogène (opioïdes, anticholinergique...)
 - Métaboliques (déshydratation, hypothyroïdie...)
 - Diminution péristaltisme (atteinte médullaire, carcinomatose péritonéale, compression extrinsèque...)
 - Alitement
 - Faible apport calorique et hydrique (...)
 - ...

Surveillance du transit même en l'absence d'alimentation

CONSTIPATION



- IDENTIFIER ET TRAITER LES CAUSES RÉVERSIBLES :
 - BILAN BIOLOGIQUE
 - Correction des éventuelles déshydratation, hyponatrémie, hypercalcémie...
 - Éliminer un fécalome
 - ASP pour différencier constipation et Sd occlusif
 - Hémorroïdes
- MESURES NON MÉDICAMENTEUSES :
 - Activité physique régulière et adaptée
 - Massage du cadre colique (sens des aiguilles d'une montre)
 - Consommation de fibres alimentaires (All-Bran® Original et Fibre plus, pruneaux)
 - Hydratation orale (Hépar®)
 - Anticiper la constipation iatrogène
 - Habitus
 - Aides techniques et installation

CONSTIPATION



- TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX en PREMIÈRE INTENTION :
 - Traitement **systematique**
 - **LAXATIFS STIMULANTS** → effet dans les 12H
 - Ducosate sodique - JAMYLÈNE® (2 à 6 cp en 1 à 2 prises /j)
 - Bisacodyl - CONTALAX® DULCOLAX® (1 à 2 cp /j)
 - **LAXATIFS OSMOTIQUES** → effet dans les 48H
 - Lactulose - DUPHALAC® LACTULOSE®
 - Lactitol - IMPORTAL®
 - Macrogol - TRANSIPEG® FORLAX® MOVICOL®
 - LAXATIF LUBRIFIANT
 - Parafine - LANSOYL® (1 à 3/j)

CONSTIPATION

- TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX en DEUXIÈME INTENTION (constipation induite par opiacés) :

- ANTAGONISTES MORPHINIQUES PÉRIPHÉRIQUES
 - Méthylnaltrexone - RÉLISTOR® (<60kg : 8mg >60kg : 12mg)
- LAXATIFS STIMULANT par voie rectale
 - Glycérine - EDUCTYL® DULCOLAX®
 - Ducosate sodique - NORGALAX®
 - lavement salin - MICROLAX® NORMACOL®

CONSTIPATION

- TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX en TROISIÈME INTENTION (constipation induite par opiacés) :

- LAXATIFS SALINS pour préparations coliques
 - COLOPEG® BIOPEG® KLEAN-PREP® (petites quantités)
- LAXATIFS PÉRISTALTOGÈNES
 - Pyridostigmine - MESTINON® (1 à 2 cp /j)
 - Néostigmine - PROSTIGMINE injectable SC (0,25 à 1,5mg /j)

CAS CLINIQUE N°1

- Finalement malgré l'ensemble des mesures mise en place on ne constate pas d'amélioration des vomissement moins fréquent certes de par les thérapeutique et de par une anorexie quasi complète qui s'est installée
- Sur le dernier scanner on constatait une carcinomatose péritonéale
- Ce jour à l'examen clinique on note l'absence de BHA et l'absence de selles depuis 8 jours et l'absence de gaz depuis 2 jours
- M. V ne veut pas être hospitalisé il sait très bien ou il en est dans sa maladie et veut rester auprès de ses proches
- Que peut on lui proposer en terme de prise en charge médicale et sociale

MESURE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Pour pouvoir maintenir au domicile le patient en phase palliative ou terminale de la maladie, il faut surtout que la « logistique » suive...

Les moyens humains et techniques restent la base

Les particularités du domicile

- Prendre en compte l'environnement socio familial dans le maintien à domicile:
 - a. Degré de dépendance du patient
 - b. Stabilité ou non de l'état clinique du patient
 - c. Capacité de la ou des personnes ressources, Conditions sociales, isolement
 - d. Possibilité ou non de mettre des aides humaines supplémentaires en route: HAD, SSIAD, garde malade...
 - e. Utilisation des prestataire de services ou pharmacien pour la mise en place de matériel médical: lit médicalisé fauteuil roulant...

Répercussion au sein de la famille

- La maladie grave peut avoir des répercussions sociales sur l'individu et son entourage
- > Conséquences Pratiques (démarches pesantes et contraignantes, fragilisation financière, réorganisation du quotidien lié à la dépendance)
- > Conséquences Relationnelles (modification des rôles, risque d'isolement, sentiment d'inutilité sociale).

Le congé de solidarité familiale

- Valable pour assister un proche qui souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou qui est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.
- Certificat à établir par médecin traitant, plus lettre de demande de congé de solidarité à fournir à l'employeur.
- Valable pour 3 mois renouvelable 1 fois
- Mais rémunéré seulement 3 semaines (53,17euro brut /j) remplir demande d'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie pour CPAM (formulaire CNAMTS 7076-01/2011)

Nécessité d'une équipe disponible

- Disponibilité de l' équipe soignante médecin traitant, infirmière libérale, pharmacie: nécessite un engagement plus important en terme de temps de présence au domicile, déplacement la nuit parfois...
- En lien avec les prestataires
- Ou si devient trop médicalisé nécessité de faire appel à des structure comme l'HAD

ANOREXIE

Anorexie

• ÉTIOLOGIES :

- Néoplasique (*Augmentation des taux de cytokines...*)
- Troubles digestifs (*Nausées, stase gastrique, constipation ...*)
- Pathologies oro-pharyngée (*Xérostomie, mucite, mycose, odynophagie...*)
- Douleur
- Dépression, anxiété
- Iatrogène (*Radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, opiacés...*)
- ...

- **Vécu par les patients et les proches comme annonciateur de**
- **la fin de vie (manger = vivre)**

Anorexie

• IDENTIFIER ET TRAITER LES CAUSES RÉVERSIBLES :

- **BILAN NUTRITIONNEL** recherchant dénutrition (Albumine, Pré-albumine, PINI , NRI)
- Intégrité des muqueuses
- Équilibration douleur, traitement anxiété et dépression
- Questionner intérêt des traitements et posologies en cours

• MESURES NON MÉDICAMENTEUSES :

- Convivialité, présentation, apéritif, auxiliaire de vie
- Texture, goût et température adaptées
- Fractionnement
- Assouplissement des restrictions diététiques
- Aides humaines et/ou matérielles, installation
- Éviter ou limiter les «soupes médicamenteuses»

* Proinflammatory and Nutritional Index
** Nutritional Risk Index

Anorexie

- **TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX :**
 - **STIMULATION DE LA VIDANGE GASTRIQUE** → diminution sensation de satiété précoce
 - Métyclopramide - PRIMPERAN® 30 min avant le repas
 - **CORTICOTHÉRAPIE** pour effet orexigène
 - Méthylprednisolone - MEDROL® (16 à 120 mg/j) Effet limité dans le temps (= 8 semaines)
 - Prednisolone - SOLUPRED® (15 à 30 mg/j)
 - Dexaméthazone - DECTANCYL® (4 mg/j)
 - **PROGESTATIFS** pour effet orexigène (risque thrombo-embolique)
 - Acétate de mégestrol - MEGACE® (160 à 480 mg/j)
 - Acétate de médroxyprogestérone - FARLUTAL® (500 à 1000 mg/j)

SYMPTOMES DIGESTIFS

ASCITE

Ascite : prise en charge

- Médical
 1. Diminuer perfusion, restriction hydrique à adapter au contexte: 1l à 1,5l
 2. Diurétique SPIRONOLACTONE 100 à 400mg/24H, FUROSEMIDE 40 à 80mg/24h
- Ponction +/- Perfusion d'albumine : ou? À domicile HAD voir hospitalisation

SYMPTOMES DIGESTIFS

OCCLUSION DIGESTIVE

Les occlusions digestives

- Fréquentes, compliquant les cancers abdominaux (10 à 28% des cancers colo-rectaux) et pelviens (5 à 51% des cancers de l'ovaire) mais aussi extra-abdominaux
- symptômes pénibles (douleur +++) <=> patients fragilisés
- prise en charge médicale possible

Prise en charge occlusions digestives

- Indications chirurgicales au cas par cas
- savoir proposer le stent de dilatation et la gastrostomie
- Patients inopérables: 5 à 60%
- mais contrôle des symptômes possible par un traitement médical

occlusions digestives

- Contrôler les symptômes pénibles: douleur, nausées et vomissements
- lien avec la distension abdominale

- Contrôles des nausées et vomissements

Antiémétiques

- Chlorpromazine (LARGACTIL) SC, IV 25 à 50mg/24h
- Droperidol (DROLEPTAN) iv 2.5 à 5 mg/24h discontinu
- deuxième intention anti 5HT₃ (ONDASETRON, GRANISETRON)
- pas de métoclopramide: effet prokinétique renforçant les douleurs
- Antisécrétoires atropiniques: bromhydrate de scopolamine (SCOPOLAMINE*) et butylbromure de scopolamine (SCOBUREN*) (effet antispasmodique)
- corticothérapie
- Methylprednisolone (SOLUMEDROL) iv ou sc 1 à 4 mg /kg/j
- anti sécrétoire gastrique IPP: IV SC(omeprazole)

occlusions digestives :contrôles des nausées et vomissements

- Si pas d'amélioration au bout de 4j:
Octréotide somatostatine: recommandation de l'AFFSAPS
1. posologie initiale de 300 µg/jour
 2. en l'absence d'efficacité à cette posologie=> 600 µg/ jour
 3. indication à poursuivre au delà de 600µg/jour en cas d'inefficacité à j7 jusqu'à 900µg/24h et si inefficace à J9 arrêt envisager gastrostomie de décharge

Contrôles des nausées et vomissements

- Octréotide: relais par une forme LP
 1. nausées et vomissements contrôlés par 300 µg/jour d'octréotide => 20 mg LP voie IM/ 4 semaines
 2. nausées et vomissements contrôlés par 600 µg/jour d'octréotide => 30 mg LP voie IM/ 4 semaines

Contrôles des nausées et vomissements

- Octréotide: efficacité rapide mais coût élevé => quelle place pour l'octréotide en 1ère intention?
 1. Occlusions hautes
 2. épisodes sub-occlusifs à répétition avec vomissements chez des patients dont l'alimentation orale est encore possible

Contrôles des nausées et vomissements

- Place de la sonde naso-gastrique:
 1. à la phase initiale pour un soulagement rapide des symptômes
 2. utilité à réévaluer +++
 3. peut-être une solution acceptée par le patient, au long cours (occlusions hautes+++)

occlusions digestives : contrôle des douleurs

- Choix de la voie d 'administration: SC, IV, transdermique?
- Antalgiques des 3 paliers de l 'OMS
- Oser les opioïdes (péthidine +++)
- penser aux antispasmodiques: butylbromure de scopolamine (60 à 380 mg/j)

CAS CLINIQUE N°1

- Une HAD a donc été mise en place finalement m. V préfère garder sa sonde nasogastrique en aspiration pour son confort, une alimentation parentérale avait été introduite car il présentait une sensation de faim
- Mais actuellement la situation se dégrade, une ascite volumineuse se met en place avec un encombrement bronchique et une dyspnée
- Quel va être l'attitude thérapeutique

ALIMENTATION ET NUTRITION

ALIMENTATION ARTIFICIELLE

- **PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE diffère selon le stade de la maladie**

- Traitement carcinologique spécifique en cours ?
- Espérance de vie supérieure à 3 mois ?
- Dénutrition ?
- Le patient va-t'il décéder de sa maladie ou des conséquences de sa dénutrition ?
- Tolérance de l'alimentation artificielle (*contrainte matérielle et organisationnelle...*)
- Objectifs (*prise de poids, amélioration bilan nutritionnel, diminution asthénie...*)

CANCER

Réduction des apports
protéino-énergétiques

Perturbation du métabolisme
glucidique

Augmentation du
métabolisme lipidique

Augmentation du
métabolisme protidique

Hypercatabolisme en lien avec
complications intercurrentes

**Malgré apports nutritionnels conséquents, dénutrition
souvent réfractaire en l'absence de destruction tumorale**

CONSÉQUENCES ARRET NUTRITION :

AVANTAGES :

- Sécrétions d'endorphines induites par le jeûne
- **Elévation du seuil nociceptif**
- Augmentation cétonémie
- **Diminution sensation faim et soif**
- Diminution du métabolisme de base et donc des **sécrétions bronchiques et digestives**
- État de **bien-être** ou euphorie induit par le jeûne

INCONVÉNIENTS :

- Introduction glucides au cours d'un jeûne prolongé restaurerait une sensation de **faim** douloureuse
- Diminution de l'absorption digestive, de la **mobilité intestinale** et de la protection villositaire
- Diarrhées de malabsorption, translocation bactérienne
- Signes de **dénutrition**: amyotrophie, troubles trophiques...

CONSÉQUENCES ARRET HYDRATATION :

AVANTAGES :

- Effet antalgique**
- Augmentation sécrétion d'opioïdes endogènes
- Accumulation de corps cétoniques
- Diminution du débit urinaire
- Diminution des **oedèmes** et de l'**ascite**
- Diminution des **sécrétions pulmonaires et digestives**

INCONVÉNIENTS :

- Troubles de la **vigilance, confusion**
- Insuffisance rénale** fonctionnelle
- Risque de surdosage médicamenteux
- Asthénie**, hypotension orthostatique, hyperthermie

SENSATION DE FAIM :

ÉTUDES SUR LES SYMPTÔMES PÉNIBLES EN SOINS PALLIATIFS :

(1) (2) (3)

- Anorexie et sensation de satiété précoce sont extrêmement fréquents
- **Sensation de faim est rare**
- **Soulagée par de faibles prises alimentaires**

ÉTUDES CIBLÉES SUR SENSATION DE SOIF ET DE FAIM :

- Sensation de faim soulagée par de **faibles prises alimentaires**
- Sensation de soif **indépendante de déshydratation** → d'autres mécanismes entrent en jeu
- Sensation de soif indépendante du volume d'hydratation SC ou IV
- Sensation de soif soulagée par **soins de buccaux adaptés**

⁽¹⁾ Etude St Christopher hospices, de 1975 à 1984, 6677 patients

⁽²⁾ Donnelly and Walsh, 1995, 1000 patients

⁽³⁾ Sarhill and al, 2009, 352 patients

⁽⁴⁾ Mc Cann et al, 1994, 32 patients

⁽⁵⁾ Ellershaw et al, 1994, 82 patients en SP

ÉLÉMENTS DÉCISIONNELS :

SOR 2001 « Nutrition en situation palliative ou terminale de l'adulte porteur de cancer évolutif » :

Instauration d'une nutrition artificielle n'est pas recommandée si

- **Indice de Karnofsky \leq 50%**
- **Performance Status $>$ 2**
- **Survie estimée $<$ 3 mois**

Aspect légal :

La nutrition et l'hydratation artificielle sont reconnues comme des traitements

La loi garantit le droit de la personne de refuser «tout» traitement

Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, les traitements peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris.

(1) Nutrition en situation palliative ou terminale de l'adulte porteur de cancer évolutif. [Bulletin du Cancer Volume 88, Numéro n° 985-1004, Octobre 2001, Standards, Opinions et Recommandations.](#)

(2) Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. JORF n°95 du 23 avril 2005 page 7089