

Les soins palliatifs à domicile

LES SYMPTÔMES PÉNIBLES EN SOINS PALLIATIFS

2° partie /3

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

LES SYMPTOMES RESPIRATOIRES

LA DYSPNÉE

Dyspnée: définition

- 1965 Julius COMROE: « sensation désagréable de respiration difficile, laborieuse et inconfortable quoique non douloureuse au sens strict du terme, comprenant à la fois la perception de la sensation et la réaction à cette sensation »

*C'est une sensation subjective ,
sa sévérité n'est pas toujours
corrélée
avec la gravité de la pathologie
causale*

Dyspnée : traitements

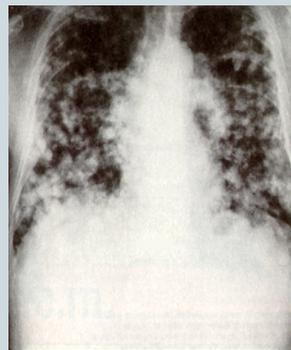
- Moyens thérapeutiques symptomatiques en urgence: détresse respiratoire aigue:
 - Préserver un espace suffisant autour du patient
 - Ré-assurance du patient et de son entourage par une présence apaisante
 - Oxygénothérapie adaptée
 - Position semi assise ou de confort
 - Kiné douce pour prévenir ou soulager l'encombrement
 - Envisager d'emblée:
 - ✦ Si crépitants: Furosémide 80 mg en IV
 - ✦ Si sibilants: bronchodilatateurs en aérosols; VENTOLINE 0,5 ml, ou BRICANYL 1 monodose avec 3 ml de sérum physiologique à renouveler;
 Si échec associer ATROVENT 1 monodose

Dyspnée : traitement

- Moyens thérapeutiques symptomatiques:

- La corticothérapie :

- ✦ Réduction de l'œdème péri-tumorale
- ✦ Effet bronchodilatateur
- ✦ Voies d'administration variées (IM, IV, SC, et orale)
- ✦ Doses très importantes (Solu-Médrol 120 à 1000 mg par jour Médrol 32 à 200 mg/j)
- ✦ Ne pas mélanger le Solu-Médrol avec la Morphine



Lâcher de ballons pulmonaire

Dyspnée : traitement

- Moyens thérapeutiques symptomatiques

- La morphine :

- ✦ Réduction de la sensibilité des centres respirateurs à l'hypoxie
- ✦ Réduction de la tachypnée (et ↘ de la consommation d'O₂)
- ✦ Voies d'administration préférentielle : PSE Continu IV ou SC
 - On débute à 10 mg par jour de Morphine chez le sujet non douloureux
 - On augmente de 10 à 30 % la dose chez le sujet déjà sous Morphine
- ✦ Aerosol de morphine possible mais efficacité non prouvée
 - A partir de 10mg de Morphine injectable, diluée dans un peu de sérum physiologique, à renouveler à volonté (maxi 60mg/aérosol)

Dyspnée : traitement

- Moyens thérapeutiques symptomatiques

- Les anxiolytiques

« L'anxiété majore la dyspnée et la dyspnée majore l'anxiété... Il faut rompre ce cercle infernal... »

- Molécules à demi-vie d'élimination courte
Per os: XANAX; de 1/2 cp à 0,25mg à 2 cp à 0,5 mg par prise
En SC ou IV continue: essentiellement le TIAPRIDAL et l'HYPNOVEL

En cas d'épisode dyspnéique paroxystique, sédation à envisager après accord du patient et information données

Dyspnée

- L'oxygénothérapie

Quelques règles de base...

- ✕ On respecte les désirs du patient...
- ✕ On se méfie des effets délétères d'une oxygénothérapie intempestive (dessèchement des muqueuses, hypercapnie...)
- ✕ Possibilité de faire livrer du matériel par prestataire: extracteur O₂, appareil aerosol

LES SYMPTOMES RESPIRATOIRES

L'ENCOMBREMENT BRONCHIQUE

Encombrement : traitements

- Si bronchospasme: bronchodilatateurs
- Si hypersécrétion: corticothérapie
- Si infection: pas d'antibiotique systématique à évaluer (stade évolutif, état clinique, bénéfice escompté) mais antipyrétiques

Encombrement



première question:

Doit-on fluidifier les crachats ou les assécher en utilisant des médicaments anti cholinergiques?

Quelques éléments de réponse:

- Non réponse à un traitement étiologique (antibiotiques, kiné, fluidifiants, broncho-dilatateurs...) bien conduit depuis 48 heures
- Prendre en compte l'augmentation des sécrétions engendrée
- Au final un consensus patient/soignants

Encombrement



Deuxième question:

Doit on réaliser des aspirations nasotrachéale?

- Un geste pas anodin: inconfort, majoration des douleurs par la toux provoquée, risque infectieux et traumatique.
- Quelques éléments pour diminuer le traumatisme:
 - expliquer ce qui va se passer , ce qu'il va ressentir, la durée du geste
 - prémédication antalgique possible
 - utiliser faible dépression pour l'aspiration
- À n'utiliser qu'en complément d'autres traitements

Encombrement

- D'abord limiter les apports
- les moyens médicamenteux asséchants

(pas d'effet sur les sécrétions déjà accumulées)

La scopolamine:

SCOPODERM TTS*: 1 ou plusieurs patchs par 72 h.

SCOPOLAMINE COOPER* 0,5 mg: 1 à 6 ampoules par jour SC ou IV continue. La voie SC directe est possible (/4 à 6 h)

La butylscopolamine : a moins d'effet confusogène que la scopolamine

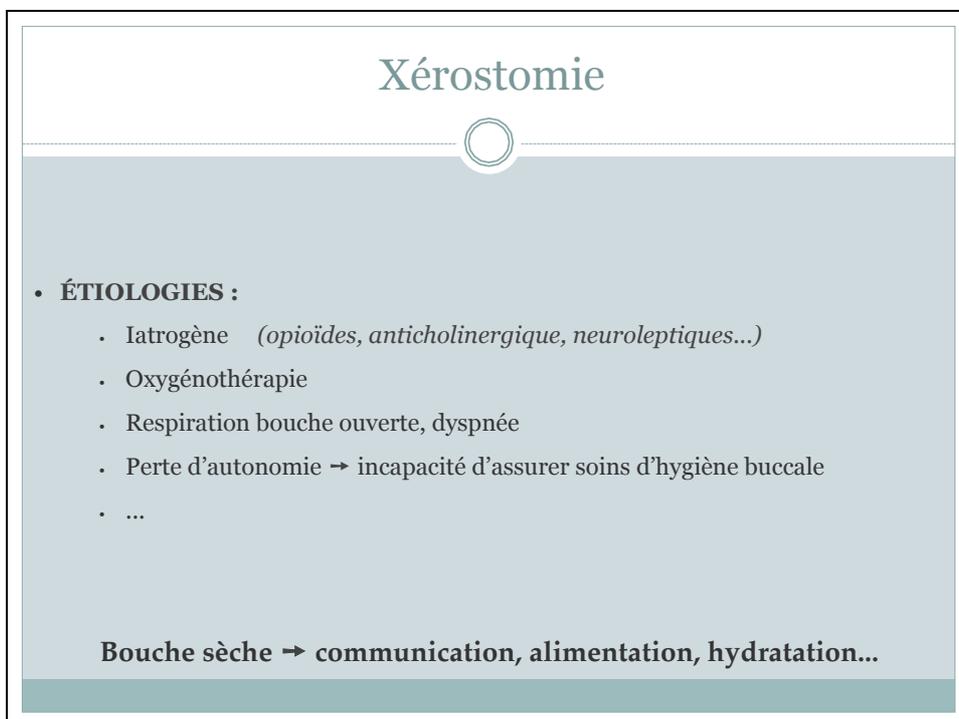
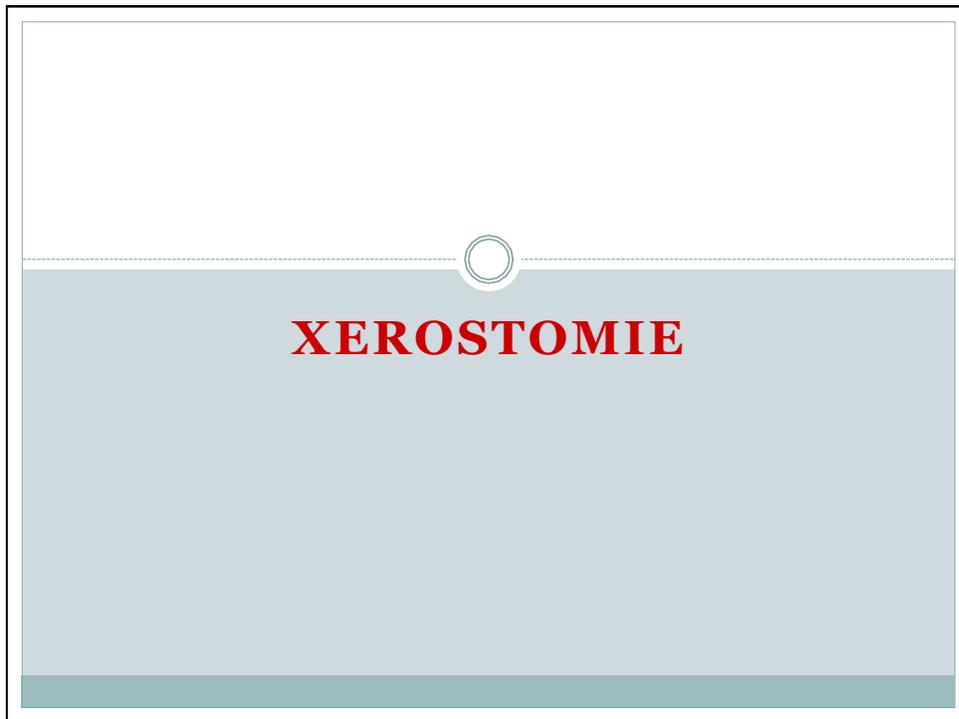
SCOBUREN* 20 mg: 1 à 2 ampoules SC par jour

L'atropine :

ATROPINE 0,25 mg: 1 à 10 ampoules par jour SC ou IV continue ou non

CAS CLINIQUE N°1

- Son confort est très nettement amélioré et son maintien à domicile est rendu possible actuellement sa plainte principale reste une sécheresse de bouche



Xérostomie

- **IDENTIFIER ET TRAITER LES CAUSES RÉVERSIBLES :**
 - Éliminer mycose buccale
 - Questionner intérêt des traitements et posologies en cours
 - Questionner nécessité d'aides techniques ou matérielles

- **MESURES NON MÉDICAMENTEUSES :**
 - Brossage des dents
 - Soins de bouche après chaque repas
 - Humidification par brumisateur d'eau
 - Chewing-gum, ananas en cube, eau gélifiée, glaçons, eau citronnée...
Goût plus agréable → plus facilement acceptés

Xérostomie

- **TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX :**
 - **Aussi souvent que possible**
 - Antalgique avant les soins de bouche si douleur
 - **CORPS GRAS sur les LÈVRES**
 - Baume à lèvres
 - Vaseline, Pommade ophtalmique à la vitamine A
 - **ALCALINISATION**
 - Bicarbonate de Na⁺, VICHY SAINT-YORRE®
 - **SALIVE ARTIFICIELLE**
 - ARTISIAL® AEQUASYAL® BIOXTRA®
 - **HUMIDIFICATION** par
 - Miconazole - DAKTARIN 2% Gel Buccal®
 - Gelée lubrifiante aqueuse KY®

CAS CLINIQUE N°2

- Mme S. est atteinte d'un cancer du sein métastatique au niveau cérébral avec la mise en place d'une hémiparésie gauche qui l'handicape dans son quotidien et osseux. Elle vit seule et n'a pour famille qu'un neveu éloigné. Elle a toute ses capacités intellectuelles. L'ensemble des traitements spécifiques viennent d'être arrêtés et son oncologue l'oriente vers une consultation de soins palliatifs. Elle est très attachée à sa maison où son mari est décédé il y a 10 ans et souhaiterait pouvoir y rester le plus longtemps possible
- Elle vous appelle en grande détresse psychologique et a beaucoup de mal à intégrer cette étape
- Comment l'aider



MESURE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

La prestation « garde à domicile » dans le cadre des soins palliatifs

- La circulaire n°5-2000 du 22/03/2000 :
Contribution du FNASS à la mise en place de mesures de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs.
- > Dotations spécifiques allouées aux CPAM pour financer les dépenses liées au maintien à domicile des personnes en fin de vie :
 - les gardes malades
 - équipements spécifiques

La mise en place locale de la garde malade

- Une **convention** doit être signée avec les HAD ou équipe mobile ou réseau soins palliatifs.
- L'objet de ce partenariat étant le financement par la CPAM de garde malade à domicile, pour les patients en phases évolutives ou terminales de leur maladie.
- Affections concernées : cancers, SIDA, maladies respiratoires, cardiaques, maladie d'alzheimer,...
- Pas de mise en place directe possible par le médecin traitant. La demande doit passer par une équipe de soins palliatifs

Conditions d'ouverture de droit à la garde-malade

- Régime général ou local de la Sécurité sociale
- Conditions ressources annuelles :
 - 1er niveau : *25000 E pour une pers seule
(10%) *41250 E pour un couple
 - 2ème niveau: *37500 E -----
(15%) *50000 E -----
- maladie évolutive ou en phase terminale

- Limites financières :
 - Montant maximum de la participation de la CPAM :
 - >1er niveau de ressource : 3000Euros
(145heures de garde de nuit, 160heures de garde de jour)
 - >2ème niveau de ressource : 2600 Euros
(124heures de garde de nuit, 137heures de garde de jour)

Objectifs de la garde malade

- La prestation de garde malade est une aide de dépannage et non une assistance continue.
- Elle a pour but de permettre à l'entourage familial d'une personne en fin de vie de faire face à une situation temporaire difficile ou de pallier à une absence momentanée...

Le service attendu par la garde malade

- Le service rendu par la garde malade consiste à veiller au confort physique et moral du patient
- Les activités attendues :
 - La nuit =
 - aide au coucher, au lever
 - changes
 - Hydratation orale
 - Transferts lit-fauteuil-chaise percée
 - Prise de traitement oral si prescrit et préparé
 - **Assurer une présence, rassurer la personne**
- La journée :
 - similaires aux activités de nuit +
 - aide au repas
 - activités ménagères

Autres aides à domicile

- Aide ménagère
- AVS / SSIAD (service de soins infirmiers à domicile: dans situation de nursing lourd surtout sans soins ide importants)
- Portage de repas
- Téléalarme
- Aides techniques/Aménagement du logement
- Carte invalidité et stationnement

Financement des aides à domicile

- Allocation Personnalisée d'Autonomie (patient de + de 60 ans)/conseil général
- Prestation de Compensation du Handicap (Patient de - de 60 ans) /Maison Départementale des Personnes Handicapées

Quelques coordonnées pratiques partenaires sociaux

- **Pallidum** : Réseau Lorrain de Soins Palliatifs A Domicile
Tel : 03 87 38 53 06 ou 06 83 38 44 70 (Mme Madej, IDE coordinatrice)
- **Clic** (Comité Local d'Information et de Coordination)
Thionville (Géronto-Nord) : 0382887625 / Metz (Gournay) : 0387753487
- **Centre Médico-Social** du secteur d'habitation
(Liste des CMS sur le site internet du CG57)
- **SSIAD**
- **Mairie/CCAS** (Centre Communal d'Action Sociale)
- **Maison Départementale des Personnes Handicapées**
Tel: 03 87 21 83 00
- **Le Conseil Général/ Direction de la politique de l'Autonomie (APA)**
Tel: 03 87 56 31 31

SYMPTOMES NEUROPSYCHIQUES

Symptômes neuro-psychiques

- Concernent plus d'un tiers des patients en fin de vie mais ce pourcentage s'accroît en phase terminale voire ultime.
- Souvent considérés comme faisant partie du processus d'intégration normale
- S'accroissent souvent à la tombée du jour
- parfois à l'origine de manifestations sévères nécessitant un traitement symptomatique
- Dans ce cas préférer les molécules à demi-vie d'élimination courte

Symptômes neuro-psychiques

LA DÉPRESSION:

- Fait aussi partie du processus d'adaptation
- Ne pas confondre avec la tristesse classique à ce stade
- Soutien psychologique fondamental, parfois spécialisé (psychologue, psychiatre)
- Traitement anti-dépresseur à discuter
- Le risque suicidaire en soins palliatifs est rare

Symptômes neuro-psychiques

LES TROUBLES DU SOMMEIL, L ANXIETE:

- o Souvent banalisés
- o Peuvent être en lien avec anxiété, dépression, voire syndrome confusionnel
- o Sensation de non repos au moment du réveil
- o En évaluer les répercussion à type d'asthénie, d'anorexie; évaluer aussi les répercussions sur l'entourage (à domicile)
- o Traitement de base: hygiène de vie améliorant le confort et l'environnement à l'endormissement du patient (respect des habitudes et des rites d'endormissement)
- o Traitement symptomatique éventuel:
 - somnifère à courte demi-vie



• anxiolytique si anxiété associée;
 • anti-dépresseur si dépression associée;
 • neuroleptiques dans certaines situation

Anxiété

- Il n'est proposé qu'en cas d'échec du traitement étiologique ou d'emblée en cas de trouble sévère :
- Traitement par des benzodiazépines
 - TEMESTA® XANXAX ®
 - HYPNOVEL®
 (midazolam) amp.inj.à 5 - 50 mg
 Posologie : 2,5 à 5 mg par unité de prise ou 0,4 à 0,8 mg /h en SC ou IV au départ. 0,1 mg/kg en voie intra-rectale
 à éviter chez le sujet dément : aggravation de la confusion
 Une sédation peut être nécessaire (Cf. recommandations de la SFAP, ch 13).
- Traitement par l'hydroxyzine
 - ATARAX® comprimés 23 et 100 mg, sirop, amp. Inj. à 100 mg
 Posologie : 50 à 300 mg/j

CAS CLINIQUE N°2

- Le reseau PALLIDUM a été contacté et a permis de debloquer un fond FNASS pour l'aider au quotidien: femme de ménage, auxiliaire de vie pour la toilette les repas
- Malheureusement son etat se deteriore et on note l'apparition d'un syndrome de glissement, une asthenie marquée et avec un alitement plus frequent avec l'apparition d'un escarre au sacrum. On note egalemenent une reevolution axillaire de son cancer mammaire avec abcedation tumorale locale, comment peut on l'aider avant d'envisager une hospitalisation

ASTHENIE

Asthénie

• ÉTIOLOGIES :

- Néoplasique (*augmentation des taux de cytokines*)
- Dénutrition (*hypercatabolisme néoplasique, anorexie*)
- Anémie (*inflammatoire, carencielle, spoliation...*)
- Infection chronique
- Surmenage (*afin de maintenir son activité sous chimiothérapie*)
- Iatrogène (*Opiïdes, Benzodiazépines, Antidépresseurs...*)
- ...

• Symptôme multifactoriel et multidimensionnel

Asthénie

• IDENTIFIER ET TRAITER LES CAUSES RÉVERSIBLES :

- BILAN BIOLOGIQUE recherchant troubles électrolytiques, endocriniens, hématologiques, hépatiques
- Correction des éventuelles dysnatrémies, hypercalcémies, hypokaliémies
- Traiter hypothyroïdie ou déséquilibre glycémique
- Correction de l'anémie (carences, transfusion)
- Questionner intérêt des traitements et posologies en cours

• MESURES NON MÉDICAMENTEUSES :

- Écoute, reconnaissance du symptôme comme pénible
- Exercice physique mesuré et régulier
- Trouver équilibre : Repos nécessaire et récupérateur ≠ Repos excessif délétère
- Prise en compte de l'asthénie dans l'organisation des soins

(1) Simon A. Cancer et fatigue. *Med Pul* 2003; 2: 14-22

(2) ANAIS. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. *Recommandations pour la pratique clinique*. Décembre 2002

Asthénie

- **TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX :**
 - Souvent décevants
 - CORTICOTHÉRAPIE
 - Prednisolone - SOLUPRED® (0,5 à 1 mg/kg/j)
 - Dexaméthazone - DECTANCYL® (2 à 4 mg/j)
 - ISRS en cas d'asthénie liée au surmenage
 - AMPHÉTAMINES
 - Hors AMM : Méthylphénidate - RITALINE®
 - Asthénie liée à cachexie : Acétate de mégestrol - MEGACE®

- **Évolution terminale → ttt inefficaces → soutien**

(1) Simon A. Cancer et fatigue. Med Pal 2003; 2: 14-22

(2) ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des Soins 11 Palliatifs, déc 2002 : 14-15, 64-75.

Asthénie

- Symptôme **objectif** et/ou **subjectif**
- Pénibilité liée au **ressenti** du patient
- Tout symptôme décrit comme pénible par le patient
- doit être pris en compte
 - Nécessité d'**évaluation** et de **réévaluation**
 - → Par le patient (interrogatoire et échelles)
 - → Efficacité des thérapeutiques

- Objectifs de prise en charge :
 - → Amoindrir pénibilité du symptôme
 - → Fixer des **objectifs réalistes**
 - → Améliorer la **qualité de vie** du patient

SYMPTOMES CUTANÉES

Symptômes cutanés

1/ LES ESCARRES:

- *Intérêt des matelas anti-escarre*
- Concerne les patients alités surtout, donc intérêt +++ de la **prévention**
- **Grande fréquence** en stade terminale
- La prise en charge de l'escarre constituée en phase terminale se limite à des soins de propreté, car l'objectif n'est plus de guérir l'escarre mais de réaliser des soins les moins algiques possibles (intérêt des pansements type **colloïdes** réduisant la fréquence des soins, et de la **prévention de la douleur induite** par les soins).

Symptômes cutanés

2/ ULCÉRATIONS NÉOPLASIQUES SURINFECTÉES -MAUVAISES ODEURS:

- On utilise des antiseptiques par voie locale de type BETADINE, CHLORHEXIDINE ...
- En cas de lésions malodorantes, instaurer une **bi-antibiothérapie** par voie générale, par exemple:
 - une céphalosporine de seconde génération (type ZINNAT 250mg cp 2/j, ou 125mg sirop 2cuillères 2x/j) **et**
 - Métronidazole (type FLAGYL 500mg cp 3/j, ou 125mg sirop 4cuillères 3X/j) actif sur les germes anaérobies et protozoaires responsables des mauvaises odeurs.
- Si besoin, instillation directement sur le pansement de FLAGYL injectable.
- Pansement au charbon, type ACTISORB.

Symptômes cutanés

3/ PRURIT

- **Traitement symptomatique (suite):**
 - 4/ autres traitements utilisés:
 - COLCHICINE HOUDE 1mg** :1 cp/j (action anti-inflammatoire)
 - NARCAN** (antagoniste de la morphine et donc de ses effets secondaires notamment le prurit): ampoule injectable prise per os :0,2 à 0,4 mg 3x/j
- **Traitement de l'ictère cholestatique**
 - Reflux de bilirubine conjuguée et de sels biliaires dans le sang
 - Étiologies: néoplasmes du foie, du pancréas.; obstruction des voies biliaires, cirrhose
 - Traitement symptomatique: Cholestéramine (**QUESTRAN 2** sachets 3x/j)
 - Chirurgie palliative: endoprothèse, ou dérivation chirurgicale des voies biliaires (si cholestase extra-hépatique)

CAS CLINIQUE N°2



- Puis survient l'apparition d'un syndrome confusionnel
- L'hospitalisation est alors décidée et en attendant des traitement sont mis en place pour essayer de temporiser dans l'attente d'une place
- Quel peuvent en être les causes et comment tenter d'améliorer son confort