

# TRAITEMENTS DES SYMPTÔMES DES PATIENTS EN FIN DE VIE

*S.MOREAU*

*Hématologie clinique et Thérapie cellulaire*

*CHRU Limoges*

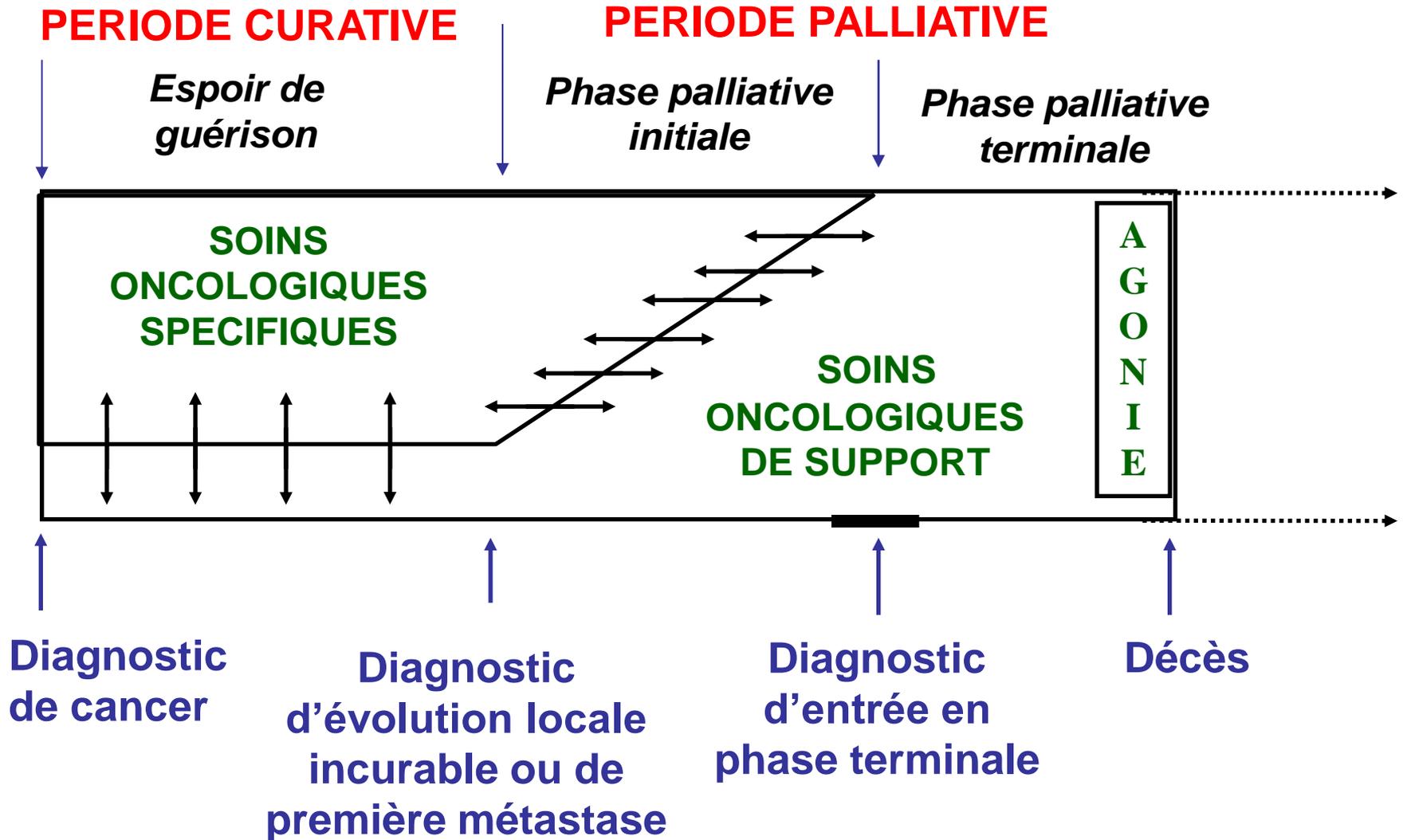
***Item 69 – Soins palliatifs pluridisciplinaires  
chez un malade en fin de vie.  
Accompagnement d'un mourant et de son  
entourage.***

**Compétences à acquérir:**

1. Discriminer les différents temps de la fin de vie.
2. Reconnaître les éléments pertinents de la prise en charge palliative.
3. Identifier les différents symptômes d'inconfort chez le patient en fin de vie et appréhender leurs prises en charge.
4. Connaître les bases de la sédation (ses indications, modalités pratiques de mise en œuvre).
5. Remettre en cause et justifier les objectifs thérapeutiques.

# CONTINUITÉ ET GLOBALITÉ DES SOINS EN PALLIATIF

*Oncologie 2004; 6:7-15*



# *Approche des soins en fin de vie*

- Réflexion sur la **finalité des soins**.
- Réflexion sur la **futilité des soins** et le caractère raisonnable des soins.
- Réflexion sur la notion de **qualité de vie** et le contrôle des symptômes pénibles en fin de vie.
  - **Evaluation précise de la situation**  
**... du traitement étiologique au traitement symptomatique**

# Les paramètres de décision...

- Le malade et ses désirs
- La maladie et son évolution
- Le symptôme, son vécu et ses répercussions
- Le contexte juridique, déontologique et éthique
- Le bénéfice, les inconvénients du traitement... les alternatives en fonction des progrès scientifiques, des données culturelles et économiques
- L'entourage de la personne malade
- L'équipe soignante

# Les paramètres de la prise en charge

L'évaluation et les réévaluations fréquentes

La proportionnalité des explorations et des traitements

L'individualisation de la prise en charge

La titration

La priorisation des symptômes

La surveillance

La prévention des effets secondaires

L'anticipation

**→ Règles à respecter pour améliorer  
la prise en charge des malades en fin de vie.**

**F** faire le tri des médicaments, supprimer l'inutile

**I** intensifier la prise en charge des symptômes d'inconfort: douleur, dyspnée...

**N** ne pas entreprendre d'examen inutile.

**D** donner une alimentation et une hydratation adaptées.

**E** écouter le patient.

**V** veiller au maintien d'un bon état de la bouche et de la peau.

**I** instaurer un bon contact avec la famille.

**E** encourager la famille à rester autant qu'elle le désire auprès de son parent.

### Symptômes neuro-psy

- Anxiété/dépression
- Agitation/confusion
- Convulsion

Anorexie/dysphagie  
Dénutrition/déshydratation

Asthénie

Fièvre

L'agonie

Détresse vitale /  
symptômes réfractaire

### Symptômes digestifs

- Nausées/vomissements
- Diarrhées/Constipation
- Occlusion/ascite
- Hoquet
- Soins de bouche

### Symptômes urinaires

- Hématurie
- Rétention urinaire

### Symptômes respiratoires

- Dyspnée
- Toux
- Hémoptysie

Troubles  
cutanés/vasculaire

- Escarre
- Prurit

	Revue de la littérature palliative médecine 2000 (1)	CHU Grenoble 2001 (1)	Manuel Soins palliatifs (2)
Douleur physique	11 – 88%	70%	62%
Asthénie	12 – 81%	98%	77%
Anorexie	6 – 87%	81%	63%
Constipation	6 – 46%	61%	46%
Nausée	13 – 44%	32%	22%
Vomissement	10 – 27%	26%	17%
Anxiété	14 – 69%	45%	40%
Dépression	18 – 39%	28%	30%
Dyspnée	21 -64%	30%	46%
Sd confusionnel +/- agitation	3 – 47%	27%	26%
Encombrement bronchique	-	35%	22%

1. G.Laval *et al.* Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. La revue du praticien, 2002;52: 2279-85.

2. D.Jacquemin *et al.* Manuel des soins palliatifs. Dunod, 2001, 776.

# *Hygiène et état cutané*

- *Nursing et aide à la toilette indispensables :*
  - Bien-être ou mieux-être.
  - Reconnaissance de son corps.
  - Représentation sociale de son corps.
  - Prévention des affections cutanées ( mycoses, escarres...)

*... Attention prévenir la manipulation douloureuse*

*... administration d'antalgique  $\frac{1}{2}$  heure*

*avant la toilette ou le soin.*

*Ne pas imposer une toilette, une mobilisation inutile aux patients dans leur dernières heures de vie.*

- *Prévention des escarres +++*

- Pourquoi ?

- douleur
    - risque infectieux
    - sentiment d'humiliation et de dégradation
    - consommation accrue de soins
    - coût pour la société et pour le patient.

➤ Facteurs de risque :

- immobilité, macération, incontinence
- état nutritionnel, déshydratation
- état infectieux, neuropathie et autres ATCD

**Immobilisation et dénutrition :**

**facteurs prédictifs de risque +++**

# ECHELLE DE NORTON

(Evaluation du Risque d'Escarres)

Nom et Prénom du Patient :

N° SS :

Présence d'Escarres au début de la prise en charge

OUI

NON

ETAT GENERAL	ETAT MENTAL	ACTIVITE AUTONOME	MOBILITE	INCONTINENCE
Bon 4	Bon 4	Sans Aide 4	Totale 4	Aucune 4
Moyen 3	Apathique 3	Marche avec Aide 3	Diminuée 3	Occasionnelle 3
Mauvais 2	Confus 2	Assis au Fauteuil 2	Très Limité 2	Urinaire ou Fécale 2
Très Mauvais 1	Inconscient 1	Totalement Alité 1	Immobile 1	Urinaire et Fécale 1

SCORE SUP. A 14 : SANS RISQUE

SCORE INF. A 14 : RISQUE

DATE :

SCORE : ..... + ..... + ..... + ..... + .....

TOTAL :

DATE :

SCORE : ..... + ..... + ..... + ..... + .....

TOTAL :

DATE :

SCORE : ..... + ..... + ..... + ..... + .....

TOTAL :

## *Echelle de BRADEN*

<b><i>Perception sensorielle</i></b>	Complètement limitée	Très limitée	Légèrement limitée	Aucune limite
<b><i>Humidité</i></b>	Constamment	Très	occasionnellement	Rarement
<b><i>Activité</i></b>	Alité	Confinement au fauteuil	Marche à l'occasion	Marche fréquemment
<b><i>Mobilité</i></b>	impossible	Très limitée	Légèrement limitée	Aucune limite
<b><i>Nutrition</i></b>	Très pauvre	Inadéquate	Adéquate	Excellente
<b><i>Friction et cisaillement</i></b>	Problème	Problème apparent	Aucun problème apparent	
	1	2	3	4

- **Prévention des escarres +++**

- Mesures générales:

- Identifier les facteurs de risque.
- Diminuer les points de pression (mobilisation régulière, verticalisation...)
- Utiliser des supports ( matelas, coussin...)
- Maintenir l'hygiène et éviter la macération.
- Penser à l'équilibre nutritionnel si possible.
- Observer et surveiller ( peau saine : effleurage).
- Informer et sensibiliser.

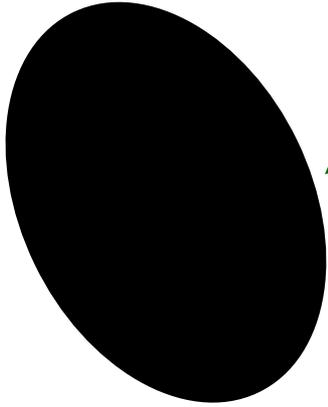
## • Que faire en cas d'escarres ?

### Classification des escarres\*

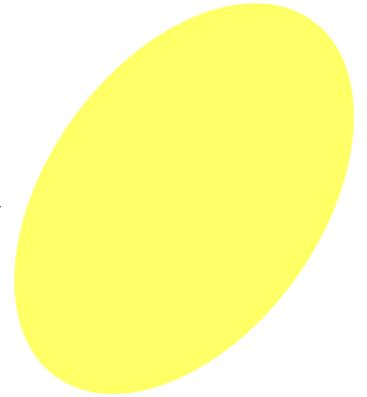
Stade I	<b>Erythème</b> : hyperhémie qui ne disparaît pas à la levée de l'appui, œdème périphérique.
Stade II	Perte de substance intéressant l'épiderme et une partie du derme: <b>phlyctène, abrasion, ulcération superficielle</b> .
Stade III	Perte de substance impliquant le tissu sous cutané avec ou sans décollement périphérique.
Stade IV	Perte de substance allant jusqu'à l'os, une articulation, les muscles ou les tendons.

\*National Pressure Ulcer Advisory Panel

Escarre  
nécrosée

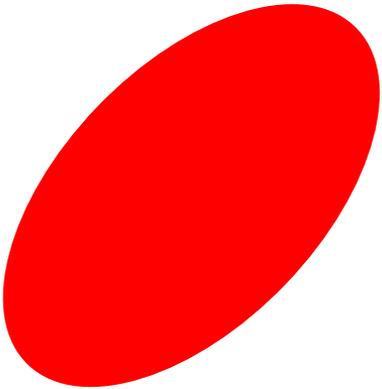


Escarre  
fibrineuse

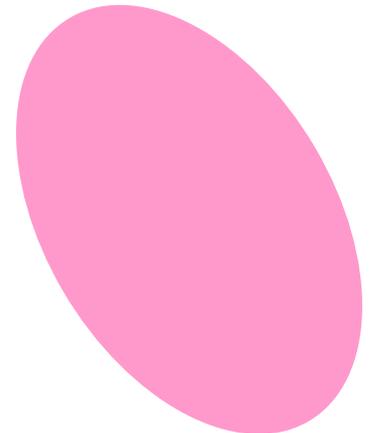


Les 4 couleurs de l'escarre

Escarre  
bourgeonnante



Epithérialisation



## ➤ Traitement de la rougeur:

- Supprimer la pression, changement de position +++
- Hydrocolloïde transparent ( urgotul\* ...): effet antalgique

### **Massages et frictions interdits**

## ➤ Traitement de la phlyctène:

- Si contenu clair :
  - Evacuer le contenu, conserver le toit.
  - Hydrocolloïde ou pansement gras ( tulle gras\* ...)
- Si contenu hémorragique :
  - Découpe toit de la bulle : risque hémorragique
  - Hydrocolloïde ou pansement gras ( tulle gras\* ...)

## ➤ traitement de l'escarre :

- Détersion mécanique ou chimique des plaies nécrotiques ou fibrineuses... *Double au bistouri et autolytique.*
- en cas de nécrose sèche: hydrogel pour le ramollissement
- Pansement adapté au milieu (cf. tableau)

## *Types de pansements en fonction de l'état de la plaie*

<i>État de la plaie</i>	<i>Type de pansement</i>
Plaie anfractueuse	Hydrocolloïde / Alginate / Hydrocellulaire (Comfeel*... / Algostérid*... / Allevyn*...)
Plaie exsudative	Alginate / Hydrocellulaire Hydrofibre (Aquacel*...)
Plaie hémorragique	Alginate
Plaie bourgeonnante	Pansement gras / hydrocolloïde Hydrocellulaire / Hydrofibre
Plaie avec bourgeonnement excessif	Corticoïde local / Nitrate argent
Plaie malodorante	Pansement au charbon (Urgosorb*...)

## ➤ traitement de l'escarre infectée:

- Colonisation bactérienne constante
- Colonisation bactérienne  $\neq$  infection
- Infection = rougeur
- Infection = douleur

Attention penser ...

à la prise en charge des douleurs induites par les soins....

pour les douleurs: pansement avec charbon.

## ➤ traitement de l'escarre chirurgical:

- rare en fin de vie

*Signes digestifs et atteintes buccales*

# *Anorexie en fin de vie*

- Fréquent
- Facteur de mauvais pronostic ++
- dénutrition -> dégradation PS et Karnofsky
  - > hypoalbuminémie sévère
  - > vulnérabilité++
- C.A.T.
  - fractionner les repas, collation.
  - enrichir la valeur nutritive des repas, complément alimentaire.
  - réévaluer l'utilité des régimes, respect des préférences.

## • ETIOLOGIES

- Troubles du transit intestinal, constipation, diarrhées,
- Atteinte digestive,
- Pathologies buccales, pharyngiennes, oesophagiennes
- Satiété précoce, troubles du goût
- Maladies infectieuses chroniques
- Médicaments : opiacés, antibiotiques, sédatifs, hypnotiques,
- Radiothérapie: troubles du goût, diminution du flux salivaire...
- Chimiothérapie : cisplatine, vincristine, 5FU, méthotrexate...
- troubles psychiques : anxiété, dépression,
- troubles cognitifs,
- facteurs socio-économiques
- somnolence
- douleurs

- Traitements médicamenteux stimulants l'appétit:

- *La corticothérapie faible dose (20 à 30 mg/j)*

*Effet transitoire. Améliore surtout le bien être, la sensation de faim et la qualité de vie mais peu l'état nutritionnel*

- *L'acétate de mégestrol : mégace\* (180 à 1600mg/j)*

- *Le médroxyprogestérone : farlutal\* (500 à 1000 mg/j)*

- *Les canabinoïdes*

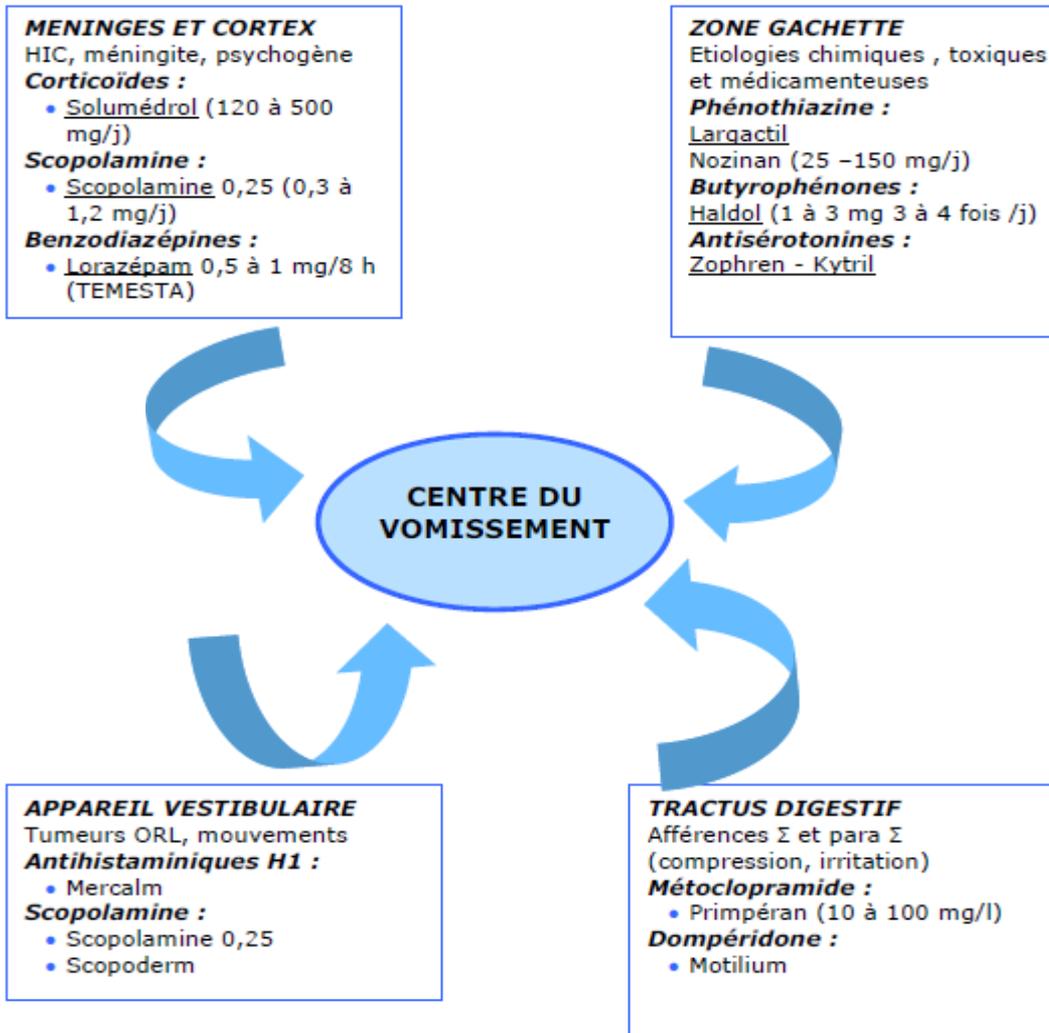
*Efficacité ?*

*Rôle sur la qualité de vie ?*

# Nausées, vomissements

- *Privilégier une approche étiologique !*
- *Ne pas négliger le traitement adapté*

*si il est possible et raisonnable...*



Prise en charge des symptômes gênants en fin de vie : Les troubles digestifs.  
 Dr. Marie-Claude SCHNEIDER, Dr. Christophe PETITJEAN  
 Fédération de soins palliatifs ALTER

# *Constipation*

- Fréquente
- Inconfort +++

## Facteurs de risque

- Décubitus et immobilisme
- Alimentation perturbée (++ apport hydrique insuffisant au cours des repas)
- Effets iatrogènes multiples : sédatifs, psychotropes, opioïdes forts, antidépresseurs...
- Pathologie elle-même : digestive, respiratoire, neurologique

## Principales causes de constipation...

Causes organiques (obstruction)	Causes fonctionnelles
Tumeur, sténose <ul style="list-style-type: none"><li>• Extra/intrinsèque</li><li>• carcinose</li></ul>	Iatrogène <ul style="list-style-type: none"><li>• Opiacés</li><li>• Anticholinergique</li><li>• Tricycliques</li><li>• Chimiothérapie...</li></ul>
Adhérence <ul style="list-style-type: none"><li>• Post-chirurgicale</li><li>• Post-radique</li></ul>	Métabolique <ul style="list-style-type: none"><li>• Hypercalcémie</li><li>• Déshydratation...</li></ul>
Affections proctologiques	Neuro-végétative
	Liée à l'état général...

# Traitements

*Bouger ! Boire pendant les repas ! + Régime +  
Fibres*

## *Osmotiques*

Lactulose, macrogol

## *Lubrifiants*

Huile

## *Macrogol à forte dose*

Evite le plus souvent le recours aux stimulants directs ou  
drastiques

## ***Stimulants directs***

Contre-indication du fait d'un effet cholinergique : asthme, parkinson...

néostigmine : prostigmine

## **Drastiques**

Cascara, Bourdaine, Séné

## **Produits par voie rectale**

Eau, lavement

Suppositoires et microlavements irritants :

utilisation prolongée à proscrire (favorise l'insensibilisation rectale et la survenue ultérieure de fécalome)

# *L'occlusion intestinale ...*

## *ex. la carcinose péritonéale*

- Etiologie... (haute ou basse)
- **Éliminer les autres causes** (fécalome, brides, fonctionnelles....)
- Indication chirurgicale  
... endo-prothèse ??
- Indication chimiothérapie ??
- Iconographie ... TDM abdomino-pelvien +++

## Etape 1...

- Mise en place sonde naso-gastrique... si nécessaire
- Traitement de la douleur
- Traitement antiémétique
  - Attention par de Métopropramide si occlusion complète
- Traitement anticholinergique
  - Butylbromure de scopolamine 20 à40 mg/8heures en s/c ou IV
- Réhydratation
- Corticothérapie : 1 à 4 mg/kg

Etape 2...

Après 5 jours de traitement

Levée de l'obstruction

Non levée de l'obstruction

Diminution et arrêt des  
corticoïdes et anti-sécrétoires

Arrêt des corticoïdes  
Arrêt des anti-sécrétoires

Introduction octréotide : Sandostatine \*

Dose initiale : 300 µg/j en continu IV ou S/C ou en  
discontinu : 100 µg x3.

Rapidement (après 72h) augmenter la dose  
jusqu'à 600 µg/j

## Etape 3...

Après 3 jours de traitement

Arrêt des vomissements

Poursuite des vomissements

Recherche posologie  
minimale efficace

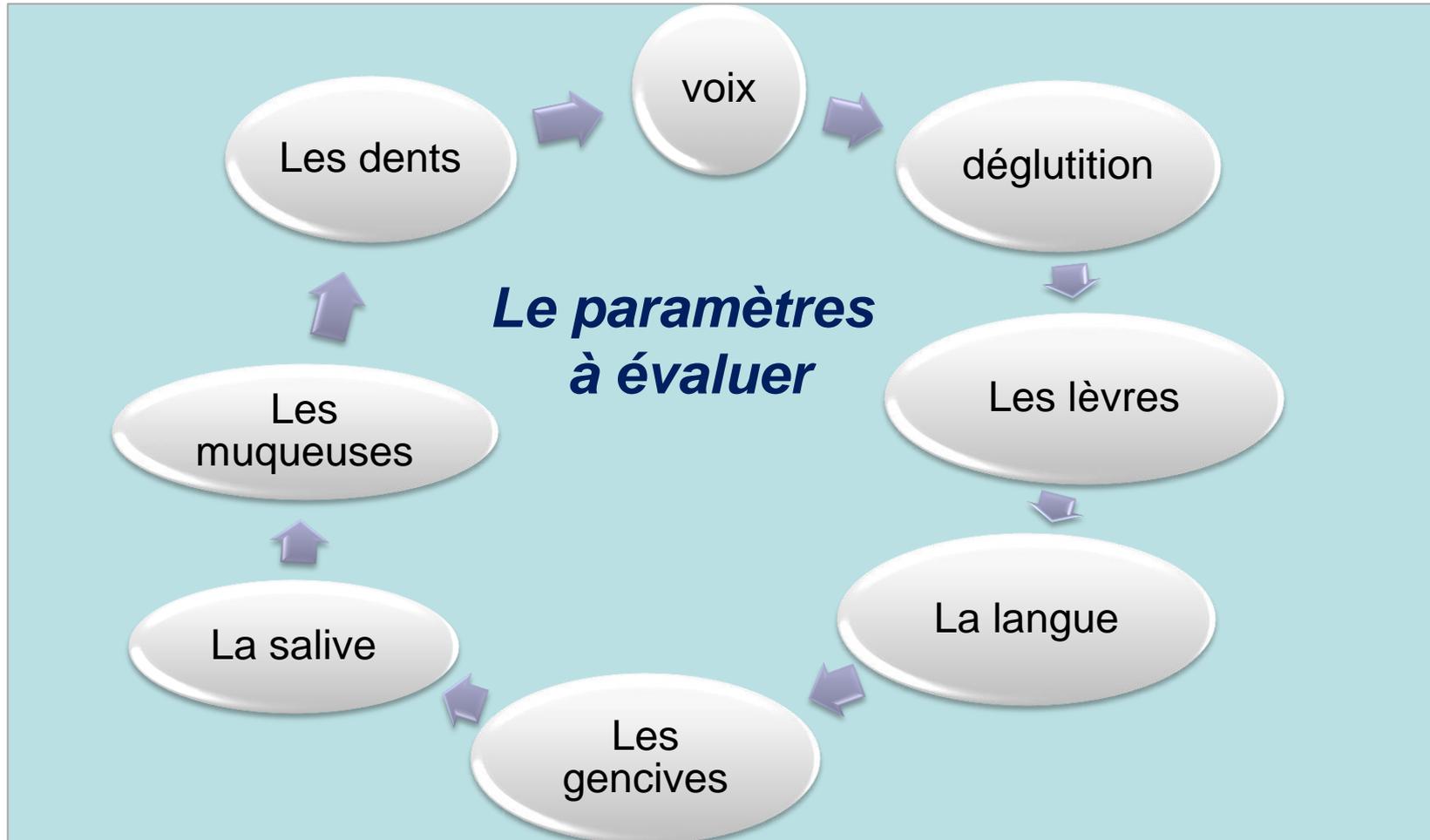
Si SANDOSTATINE® efficace, on peut l'utiliser par  
voie IM tous les 28 jours :

- soit 1 injection de SANDOSTATINE® LP 20 mg si  
dose initiale de 300 µg/j en injectable
- soit 1 injection de SANDOSTATINE® LP 30mg si  
dose initiale de 600 µg/j en injectable

Discuter indication de gastrostomie  
(chirurgicale ou endoscopique)

# Soins de bouche...

S'alimenter... communiquer... respirer ... bien-être...



# *Sécheresse buccale*

- Désagréable, douloureux, malodorant.
- Petits moyens:
  - boire fréquemment+++ , brumisation+++
  - adapter la texture des repas
  - sucer chewing-gums sans sucre
  - mâcher ananas

**Soins de bouche +++**

- Moyens médicamenteux:
  - revoir les ttmts en cours
  - sulfarlem S25\*

# Douleurs buccales

- Inconfort+++
- Gène à l'alimentation
- Petits moyens:
  - *éviter les aliments irritants*
  - *adapter la texture des repas*
  - *adapter les prothèse dentaires +++*

- Moyens médicamenteux:

- **Antalgiques médicamenteux** pendant la journée et surtout avant les repas +++

- **Soins d'hygiène buccale réguliers**

- En cas de mycose:

bicarbonate de sodium\* + fungizone\*, triflucan\*

- En cas d'aphte :

collubleu\*, xylocaine visqueuse\*, xylocaine 5%\*

- En cas d'herpès :

aciclovir oral ou topique : zovirax\*

- En cas de sécheresse :

vaseline liquide\*, huile goménolée\*

# Nutrition

- Important et symbolique

... acte volontaire

... notion de plaisir

« La nourriture est source de vie, sa privation signifie attenter à la vie. »

... facteur d'intégration social (partage et convivialité)

- Malnutrition = atteinte de la qualité de vie, des capacités fonctionnelle et de l'immunité.

# *Nutrition en fin de vie*

- Objectif de la prise en charge nutritionnelle :  
... **Préserver une meilleure qualité de vie**
- Attention : l'objectif n'est pas de prolonger la survie, ni d'améliorer l'état nutritionnel.
- Les décisions d'entreprendre, poursuivre et interrompre une prise en charge nutritionnelle active, sont difficiles.
- Les indicateurs d'aide à la décision :
  - Les symptômes ressentis par le patient
  - La durée prévisible de survie
  - L'environnement familial, le contexte social et le contexte psychologique.

# *Evaluation nutritionnelle*

- **But : Dépistage des états de malnutrition débutants non flagrants.**

L'intervention diététique sera d'autant plus efficace que la détection sera précoce avant l'installation de la cachexie.

- **Conséquences :**

...complications avec morbi-mortalité

...durée d'hospitalisation

... coût non négligeable

...altération qualité de vie...

- **Objectifs :**

- Dépister ou identifier le patient à risque de dénutrition
- Estimer la cause de dénutrition
- Quantifier le degré de dénutrition
- Mise en œuvre des moyens de correction en fonction du pronostic et de la qualité de vie.
- Évaluer l'efficacité de la prise en charge nutritionnelle et la remettre en cause.

## Les outils de base...

- **Perte de poids:**
  - ... en 1 mois (5%)
  - ... en 6 mois (> 5-10%)
- **BMI (poids/taille<sup>2</sup>):**
  - seuil de malnutrition < 18,5 kg/m<sup>2</sup> (adulte)
  - seuil de malnutrition < 21 kg/m<sup>2</sup> (personne âgée)
- **Grille de recueil des ingesta**

## Outils disponibles...

Score de Buzby ou NRI (nutritional risk index)

*NRI*

=

*1,519 x Albumine + 0,417 (poids actuel / poids habituel / 100)*

NRI > 97,5 ... absence de dénutrition

83,5 < NRI < 97,5 ...dénutrition moyenne

NRI > 97,5 ... dénutrition sévère

## Mini Nutritionnal Assessment : MNA (2 minutes)

Evaluation de dépistage	Score
Perte d'appétit	0 - 2
Perte de poids dans les 3 mois	0 - 3
Motricité	0 - 2
Maladie aigue ou stress psychologique	0 - 2
Problème neuro-psychologique	0 - 2
Indice de masse corporelle (IMC)	0 - 3
<b><i>Score &gt; 12 : pas de problème nutritionnel</i></b>	<b><i>0 - 14</i></b>
<b><i>Score ≤ 11 : continuer l'évaluation</i></b>	

## Mini Nutritionnal Aseessment : MNA (10 minutes)

Evaluation globale	Score
Vit à domicile	0 - 1
Prend > 3 médicaments	0 - 1
Etat cutané	0 - 1
Enquête alimentaire	0 - 7
Evaluation subjective de santé	0 - 4
Circonférence bras et mollet	0 - 3
Total	0 - 30
<i>Score &lt; 17 : état de malnutrition</i>	
<i>Score 17 – 23,5 : sujet à risque de dénutrition</i>	

## Outils biologiques...

*Albumine :  $\frac{1}{2}$  vie 3 semaines*

... 30 à 35 g/l dénutrition modérée,

... < 30 g/l dénutrition grave)

*Préalbumine ou transthyrétine :  $\frac{1}{2}$  vie 2 jours*

**Rendement diagnostique faible**

# Complémentation orale

- **Buts** : - encourager les *ingesta*.  
- améliorer les symptômes associés à la faim, à la soif, à la déshydratation.
- **Intérêt** : Augmenter l'apport alimentaire sans se substituer à l'alimentation habituelle.
- Simple à mettre en place
- Peu contraignant

# *Nutrition artificielle*

*La nutrition artificielle n'est pas souhaitable si la mort est attendue dans les heures ou les jours à venir et si les effets d'une déshydratation modérée ou de l'arrêt du support nutritionnel n'altéreront pas le confort du sujet.*

*Américan Dietetic Association 1992*

- Évaluation du bénéfice/risque de la nutrition entérale et parentérale en fonction :
  - état clinique
  - possibilités de prise en charge
- Chaque cas est unique
- *Importance et obligation de l'implication du patient, correctement informé dans le niveau de prise en charge nutritionnelle.*

- Huit éléments d'aide à la prise de décision :
  - état général et histoire clinique
  - signes cliniques dénutrition et déshydratation
  - espérance de vie
  - intensité de dénutrition et malnutrition
  - niveau de l'alimentation orale
  - étude de la voie d'administration
  - état psychologique du patient vis-à-vis de la prise en charge
  - évaluation des besoins et disponibilités pour la mise en œuvre du support nutritionnel

# Nutrition entérale

- **Indication en cas de déglutition impossible** : néoplasie des voies aéro-digestives supérieure, pathologies neurologiques: AVC, SLA...
- Nécessité d'une espérance de vie suffisamment prolongée pour apprécier les bénéfices escomptés (> 30 jours).
- **Voies d'abord:**
  - pour le confort plutôt gastrostomie et jéjunostomie
  - pose par voie percutanée endoscopiqueAttention risque de complication

# *Nutrition parentérale*

- **Controversée en soins palliatifs:**
  - effets secondaires non négligeables (septiques, volémiques...)
  - limitation de l'autonomie
  - difficile au domicile ( passage fréquent des soignants, surveillance familiale)
  - réalisée par des centres régionaux agréés depuis 1984.
- **Mais :**
  - ralentissement dégradation nutritionnelle
  - prévient la déshydratation
  - amélioration de la qualité de vie des patients porteurs de syndromes sub-occlusifs et autres troubles alimentaires.

# Hydratation

- Controverses:

- **Pour certains** : la déshydratation génère des effets secondaires néfastes: apathie, syndrome dépressif, dysphagie, hypotension orthostatique ...

- **Pour d'autres** : la déshydratation génère des effets bénéfiques : réduction des sécrétions pulmonaire, des oedèmes, des vomissements, des besoins d'uriner...

- **Pour la plupart des auteurs** : la déshydratation secondaire à l'arrêt de la nutrition et de l'hydratation artificielle n'est pas inconfortable et généralement mieux toléré que les effets secondaires des techniques d'hydratation.

- Quand hydrater ?

- dans certaines conditions pathologiques spécifiques
- en cas d'inconfort lié à la déshydratation

- Comment ?

- sur voie veineuse périphérique : limité
- sur voie veineuse centrale : sûr, surveillance+++
- en sous-cutané : nocturne ou sur 24h  
500cc à 1 l/24h  
sérum physio. ou G5% + 2 NaCl/l

***Absence d'étude et  
de recommandation validée***

# Symptômes cardio-respiratoires

- Constants
- Génèrent une angoisse majeure pour le patient
- Traumatisant pour la famille et les soignants
- Être symptomatique +++
- « Préparer et prévenir »

# Dyspnée

La dyspnée est une **sensation désagréable et pénible d'étouffement**, génératrice d'angoisse pour le malade et son entourage.

Il s'agit d'une **expérience sensorielle** et d'un **ressenti subjectif** dont la sévérité n'est pas en relation avec la gravité.

L'évaluation doit être *la plus objective possible* et *corrélér l'état respiratoire* tel qu'il peut être quantifié *et la sensation de dyspnée* ... existe d'importantes dissociations entre les sensations subjectives et les chiffres objectifs de mesure des performances.

*But:* Adapter la thérapeutique et de guider les explorations.

*Objectif :* Améliorer la qualité de vie du malade.

# *Rester clinique !!!*

Revenir à l'anamnèse clinique

... aux caractéristiques de la dyspnée

... aux symptômes associés ( douleur, angoisse, insomnie...)

... examens cliniques selon la durée de vie prévisible et leur intérêt réel...

## *L'autoévaluation quantitative est essentielle :*

- par échelle visuelle analogique (EVA)
- par échelle numérique (EN)

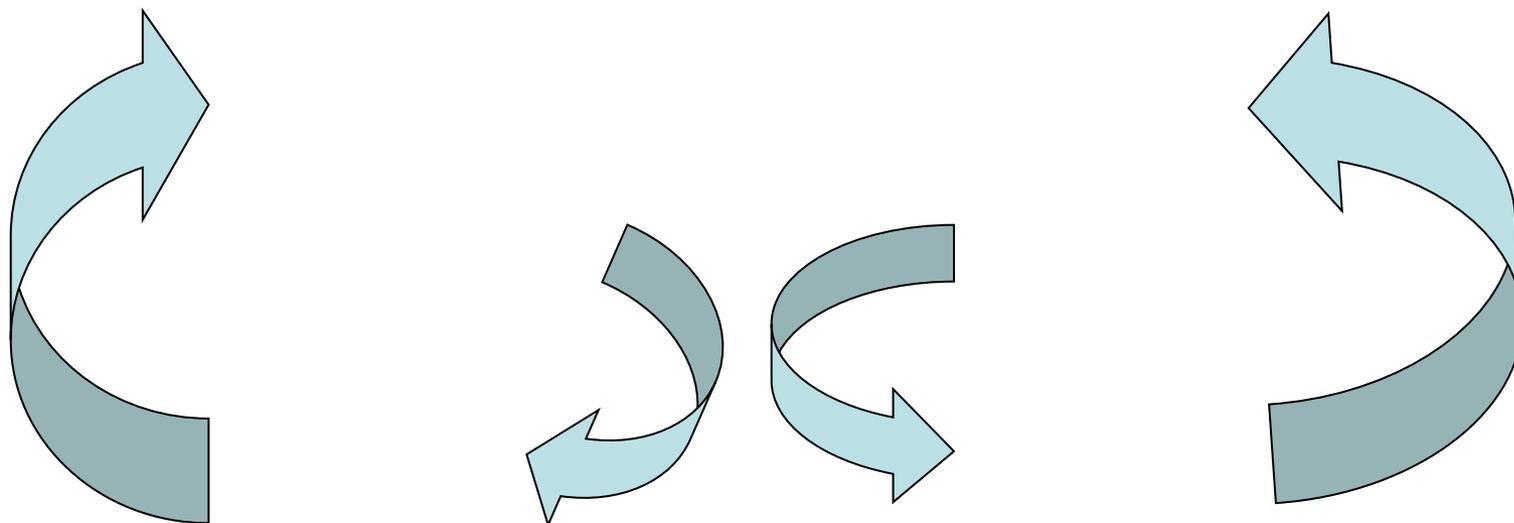
Elle a été validée chez les malades insuffisants respiratoires.

Cette évaluation doit être répétée très régulièrement et dicter les modifications thérapeutiques.

*Evaluation de la dyspnée*

*Evaluation de l'anxiété*

***Majoration de la dyspnée  
et de l'angoisse***



***Angoisse des  
soignants***

***Angoisse des  
proches***

*Evaluation de l'anxiété*

- Physiopathologie :

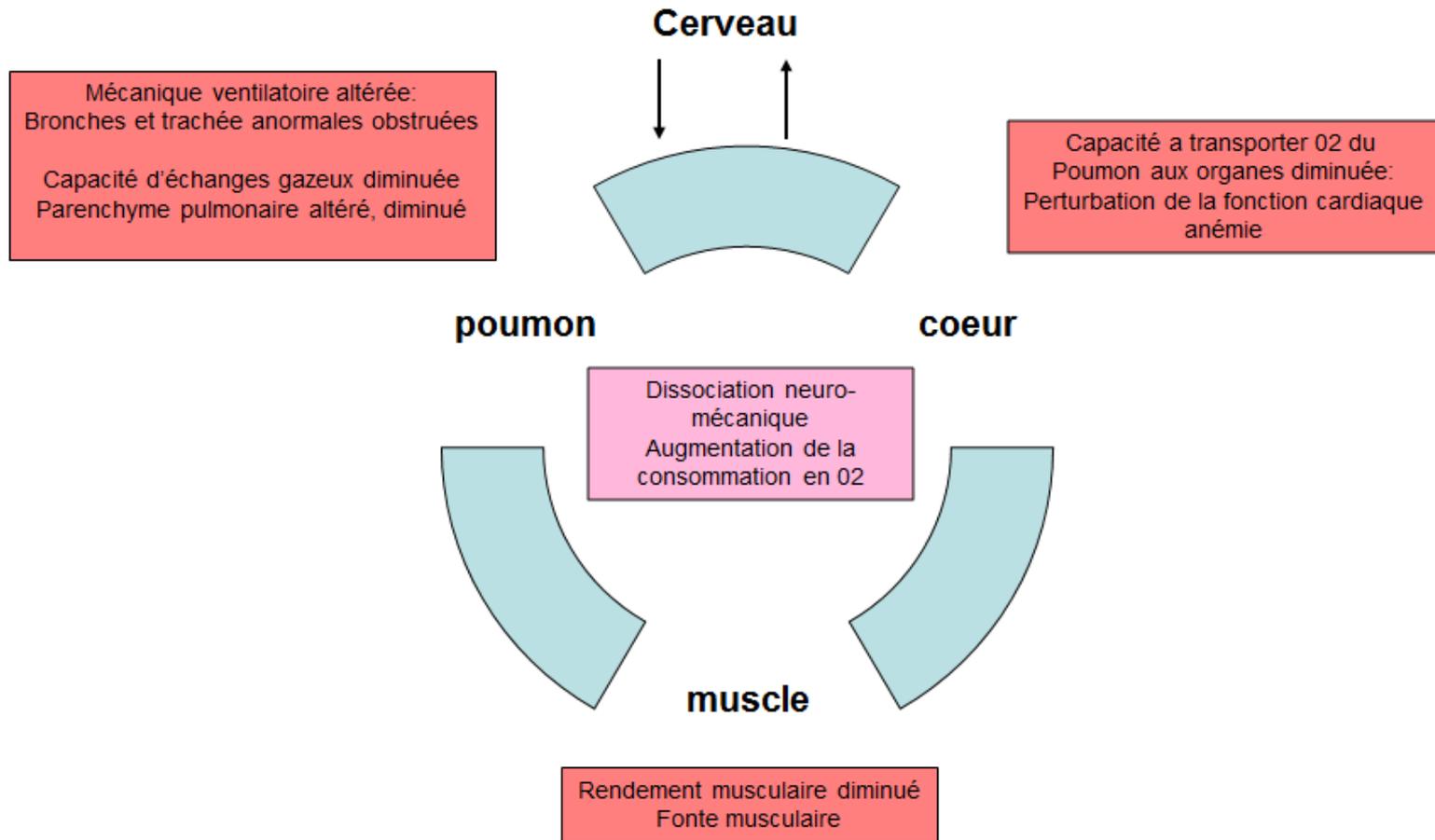
Activité des muscles respiratoires

- contrôle central de la respiration : tronc cérébral au niveau du centre respiratoire
- diffusion de l'influx vers N phréniques et intercostaux
  - > mouvements respiratoires

Centre respiratoire est influencé par 3 éléments:

1. Facteurs neurogènes
2. Stimuli chimiques
3. Implication du cortex cérébral

# Physiopathologie de la dyspnée



Diapositive empruntée diaporama « symptômes respiratoires en soins palliatifs »

Dr C Fournier, Dr X Dhalluin et Pr A Scherpereel

- Les causes... variables en fonction de la pathologie
- A définir:
  - son type : effort, repos, orthopnée...
  - sa survenue : aiguë, progressive, agonique...
  - son rythme : paroxystique, continu...
  - ses signes associés : sueurs, douleurs, expectoration..
  - contexte et antécédents

## Principales étiologies :

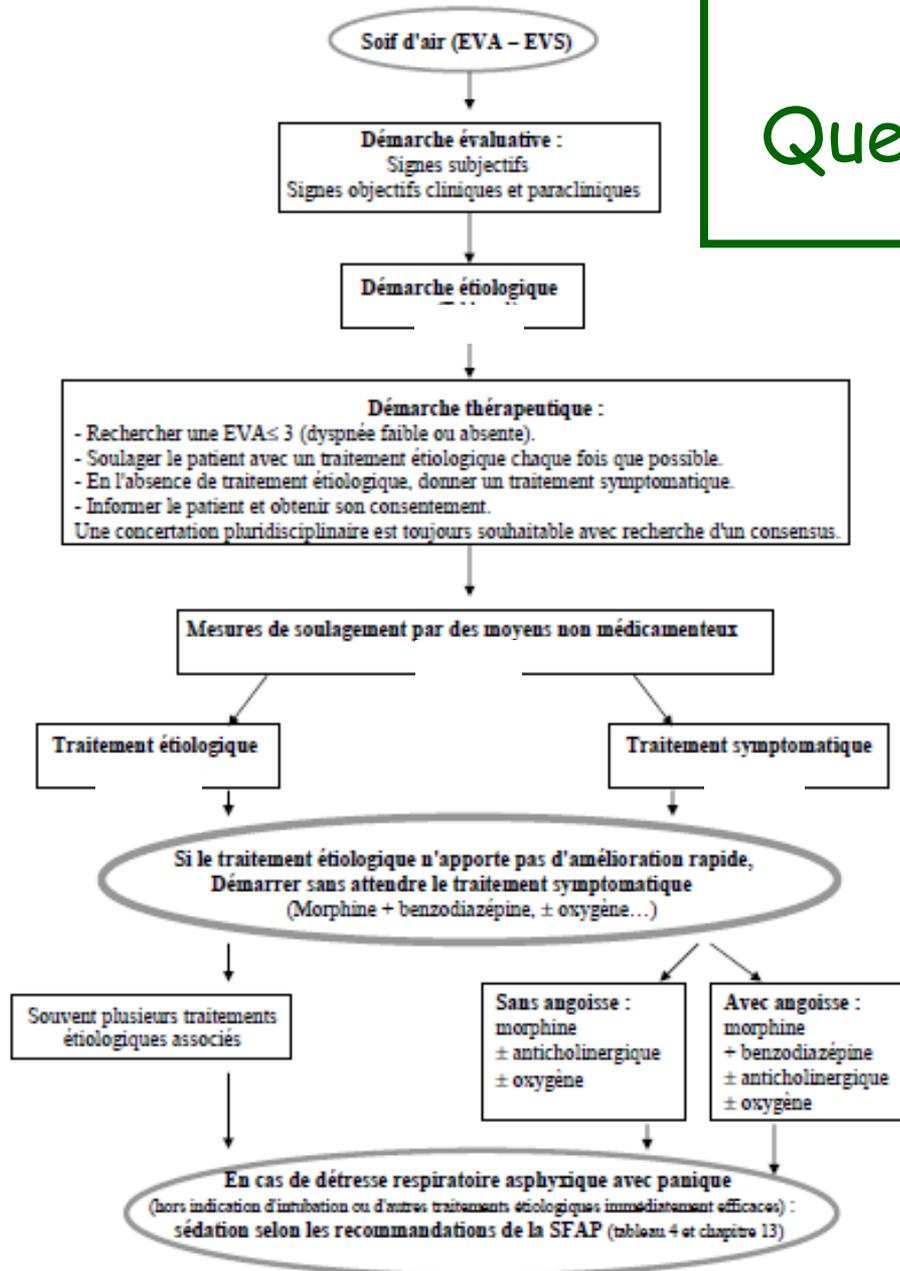
### Dyspnées aiguës :

- corps étrangers
- œdème pulmonaire et décompensation cardiaque
- infection
- pneumothorax
- asthme
- embolie pulmonaire
- pathologie ORL aiguë
- crise d'angoisse, attaque de panique...

## Dyspnée chronique :

- obstruction maligne
- syndrome cave supérieur
- épanchement pleural, pleurésie
- BPCO, emphysème, DDB
- dyspnée métabolique: anémie, acidose...
- troubles de commande neuro-musculaire

# Que faire face à la dyspnée



Réseau de cancérologie arc alpin :  
Recueil de Pratiques Professionnelles  
en Soins Palliatifs  
Version 3 : 6 février 2006  
Coordination : G. Laval, M-L. Villard

# Quels traitements ?

## Étiologique +++

- Chimiothérapie - radiothérapie
- Laser, cryothérapie
- Anti-infectieux
- Anticoagulant
- Diurétiques et IEC
- Broncho-dilatateurs
- Supports transfusionnels
- Drainage pneumothorax, ponction pleurale...

## Mesures d'apaisement :

- position
- présence et soins attentifs
- calme
- contrôle de l'anxiété
- hygiène buccale
- humidification de l'air
- ergothérapie

## Traitements symptomatiques :

- **Oxygénothérapie:** effet anxiolytique controversé
- **Morphine**
- **Corticoïdes**
- **Anxiolytiques**  
PO : valium\*, témesta\*, lexomil\*... atarax\*, largactil\*...  
SC, IV: hypnovel\*
- **Scopolamine**  
SC, IV : 0,25 à 0,50 mg/ 4 heures  
scopoderm : 3 à 6 / 72 heures

- *Prescription de morphine dans les symptômes cardio-respiratoire :*

- Patient naïf de morphine:  
2,5 à 5 mg per os toutes les 4 heures
- Patient déjà sous morphine:  
augmentation de la dose de 25 à 30%

- Prescription de scopolamine dans les symptômes cardio-respiratoire :

- Objectif: Lutter contre l'encombrement bronchique
- Effets secondaires: Effets atropiniques
- Posologies:
  - Scopolamine\* S/C : 0,25 à 0,5 mg/ 8h
  - Scopoderm \* 1 mg/ 72 h, 1 à 3 patchs
  - Scoburen\* 1 à 2mg/kg/j

- **CAS 1 : Accentuation d'une insuffisance respiratoire**

➤ **objectifs:**

- limiter l'angoisse +++
- favoriser le calme et la tranquillité autour du patient
- diminuer la polypnée et les râles associés

➤ **moyens:**

- oxygénothérapie ( effet anxiolytique)
- corticothérapie ( effet eupnéisant) +++
- anxiolytiques : benzodiazépines ( préférer les courtes ½ vie: xanax\*, lysanxia\*...)
- morphine ( effet ralentisseur de la polypnée)
- scopolamine ( diminution des sécrétions)

- **CAS 2 : Décompensation cardiaque**

- **objectifs:**

- idem

- **moyens:**

- oxygénothérapie

- diurétique

- anxiolytiques +/- morphiniques

- corticothérapie en cas de composante spastique ++

- antibiothérapie en cas de surinfection associée

- **CAS 3 : Obstruction ou compression tumorale**

- **objectifs:**

- améliorer la gêne respiratoire
- lever de l'obstacle si bénéfique/risque acceptable

- **moyens:**

- corticothérapie
- morphine +/- anxiolytiques
- scopolamine
- réfléchir intérêt : laser, cryothérapie, endoprothèse..

- **CAS 4 : Épanchement pleural**

- prise en charge thérapeutique identique
- faut-il ponctionner ?
  - évaluer bénéfice/risque
  - consentement du patient
  - nécessité d'une structure de soins
  - probablement pas quelques heures avant la mort
  - penser antalgie avant ponction
- faut-il prévoir un talcage ?

- **CAS 5 : Pathologie neurologique**

***Faut-il parvenir à l'assistance respiratoire ?***

- pas de réponse mais réflexion
- information du patient, de la famille
- consentement du patient
- traçabilité dans le dossier médical +++

## ***Cas 6 - Râles agoniques***

- Fréquents, surtout en phase terminale, annoncent un décès proche
- Source d'inconfort pour les proches et les soignants
- 50% d'échec des traitements
- Plusieurs mécanismes: incapacité à tousser, troubles de déglutition, production de mucus, hypersécrétion d'ADH, dysfonction cardiaque gauche, constriction bronchique...

## ***Rôles agoniques - Traitement***

- Rassurer l'entourage
- Limiter l'hydratation
- Arrêter l'humidification
- Eviter les aspirations naso – trachéales
- Discuter une éventuelle fibro-aspiration (mais pas en phase agonique)
- Arrêt Kinésithérapie et fluidifiants

# Rôles agoniques - Traitement

## *Anti-muscariniques : SCOPOLAMINE*

- Par voie sous-cutanée ou intra-veineuse (ampoules injectables de 0,5 mg/2 ml)
  - En continu, ou toutes les 6 à 8 heures
  - Dose de départ (adulte): 0,75 à 1,50 mg/24 h (0,5 mg en flash initial)
  - En cas de réponse insuffisante, augmenter la posologie dès la 8<sup>e</sup> heure, et/ou rapprocher à toutes les 6 heures
  - Peut se mélanger à la morphine.
  - Effet amnésiant et sédatif, effet anti-nauséux
- Par voie transdermique: Scopoderm TTS ® 1 mg / 72 h; 1 à 2 dispositifs / 72 h

*Attention effets secondaires !!!*

- **CAS 7 : Détresse respiratoire asphyxique**

**Symptômes physiques réfractaire vécus comme insupportables**

**→ en l'absence d'alternative, sédation contrôlée**

- utilisation midazolam : hypnovel\*
- ½ vie courte, effet sédatif dose dépendant
- 2 options : en continu ou ponctuellement
- titration individuelle
- IV ou SC

## *Échelle d'évaluation de la sédation selon Rudkin*

**Stade 1** : Patient éveillé et orienté

**Stade 2** : Patient somnolent

**Stade 3** : Patient avec yeux fermés, mais répondant à l'appel

**Stade 4** : Patient avec yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère

**Stade 5** : Patient avec yeux fermés, mais ne répondant pas à une stimulation tactile légère.

# Qu'est ce que la sédation ?

« sedare » : apaiser, calmer

## Définition :

*Recherche par tous les moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience, dans le but de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté par le patient.*

**Contextes et objectifs bien différents**

~~Calmer la douleur  
ANALGESIE~~

~~Calmer l'anxiété  
ANXIOLYSE~~

~~Permettre un meilleur  
sommeil  
HYPNOTIQUE~~

**SEDATION**

*Diminuer la perception d'une situation de  
détresse perçue comme insupportable  
par le MALADE*

**Utilisation fréquente en médecine**

# Quelles sont les indications de la sédation ?

- **En phase terminale...**
  - **Les complications aiguës à risque vital immédiat :**
    - Il est recommandé d'évaluer la probabilité de survenue
    - Il est recommandé de rédiger une prescription anticipée lorsque la probabilité de survenue est élevée.
  - **Les symptômes réfractaires...** caractère réfractaire et la pénibilité.

## Symptômes réfractaires ?

« Tout symptôme dont la **perception est insupportable et ne peut être soulagé** en dépit des efforts obstinés pour trouver un protocole thérapeutique adapté **sans compromettre la conscience du patient.** »

Certaines douleurs

Détresse respiratoire

Anxiété, angoisse

Etats de panique

Mouvements anormaux

**Absence de liste exhaustive  
de symptômes**

Etats confusionnels

Convulsions

Nausées, vomissements

Hémorragies cataclysmiques

Troubles du sommeil

....

- ***Dans les situations singulières, spécifiques et complexes***

- ... en cas de symptômes réfractaires***

- Dans les situations neurologiques aiguës ou chroniques...
    - dans les situations de fin de vie en réanimation pédiatrique et néonatale, en neuropédiatrie, en néonatalogie....
    - Dans les situations d'arrêt de la nutrition et hydratation chez EVC ou pauci-relationnel.
    - Dans les situations de souffrance existentielle ou spirituelle... avec demande de suicide assisté, euthanasie ou sommeil induit...
    - Dans les situations de souffrance à dominante psychologique... avec demande de suicide assisté, euthanasie ou sommeil induit...

# *Quels médicaments ?*

- *Le midazolam (hypnovel\*)*

Classe des benzodiazépines

5 actions :

- anxiolytique
- sédatif
- myorelaxante
- amnésiant
- anti-convulsivant

effet sédatif dose-dépendant

action rapide : quelques secondes

demi-vie courte : 2 à 4 heures

titration individuelle

2 options : sédation intermittente / continue

*Maniabilité, réversibilité, facilité d'emploi, moindre coût*

# Quelles sont les modalités pratiques de la sédation ?

Stade de la maladie

Information...  
du patient... de la famille

Symptômes ou situations  
incontrôlables

Prise de décision

Intention  
des équipes

**Quelles  
questions?**

Choix du produit

Expérience  
des équipes

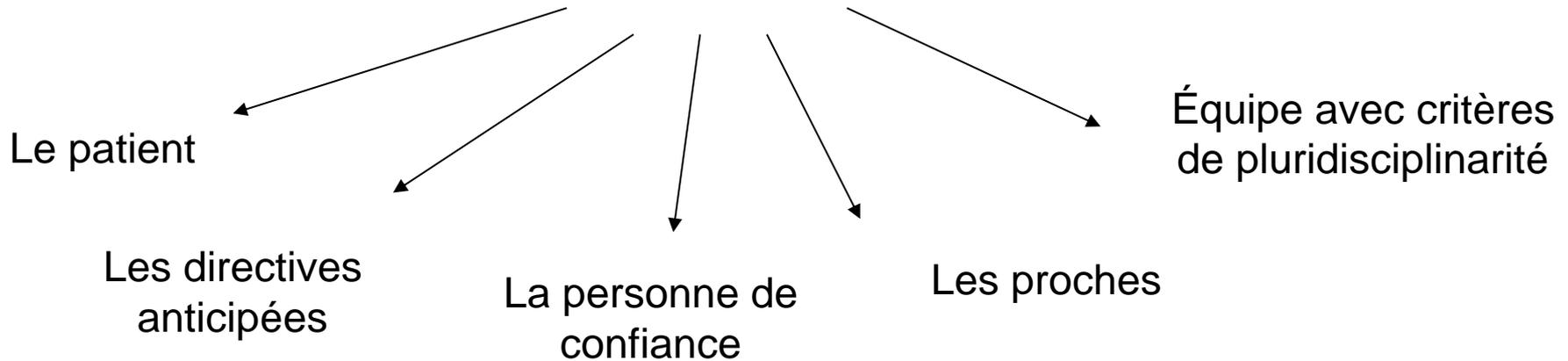
surveillance

Traitements concomitants

Mesure d'accompagnement

# Prise de décision ...

- Suite à une **procédure collégiale multidisciplinaire** intégrant :



*Pour éclairer la décision médicale...*

*mais le consensus n'est pas une garantie de bien fondé de la décision*

*Quelque soit le lieu de soin...*

*Inscription dans le dossier médical*

**Anticipation +++**

**Discussion de la poursuite des suppléances artificielles +++**

# ***Information ...***

- Le médecin responsable doit veiller à ....

***Compréhension par l'ensemble  
de l'équipe, des objectifs  
des soins***

***Information du patient :  
avec tact et adaptation...  
mesures et modalités, conséquences  
et risques...***

***Information des proches...  
En l'absence de refus du patient  
Selon la loi du 4 mars 2002***

# ***Modalités de prescription ...***

***Médecin responsable***  
de la décision  
de sédation

***Rédaction***  
***de la prescription***

***Prescriptions***  
***anticipées***

---

Personnalisées  
Nominatives  
Réévaluées

***Si transfert dans un autre service***

...  
Modalités de sédation seront rediscutées  
avec le médecin devenant responsable

# ***Choix du sédatif et voie d'administration***

- ***Midazolam en première intention...*** par titration nécessaire
- Voie parentérale préférée... SC = IV
- Habilitation de l'IDE d'appliquer la prescription anticipée
  - En cas de situation à risque vital immédiat puis appel du médecin tenu de se déplacer.
  - Dans les autres situations, appel du médecin qui vérifie l'indication avant l'application de la prescription.
- Seul un IDE ou un médecin peut réaliser l'induction

- ***Titration :***

- Dilution avec sérum physiologique : 1 mg = 1ml
- Chez l'adulte : ***injection de 1 mg toutes les 2 à 3 min jusqu'au niveau de sédation recherché*** (niveau 4 : échelle de Rudkin)
- Chez adulte âgé ou fragilisé : injection de 1 mg toutes les 5 à 6 min jusqu'au niveau de sédation recherché (niveau 4 : échelle de Rudkin)
- Noter dans le dossier la dose nécessaire à l'induction

- ***Sédation continue :***

- En entretien pour sédation continue :

***Dose horaire = 50 % de la dose d'induction nécessaire pour un niveau de sédation 4 sur échelle de Rudkin modifiée***

- **Surveillance :**

- Évaluation de la profondeur de la sédation... tous les  $\frac{1}{4}$  heure pendant la première heure puis au moins 2 fois par jour.
- Adaptation des doses en fonction ...du degré de soulagement ... de la profondeur de la sédation ... des effets secondaires
- Surveillance clinique et soins de confort maintenus.
- Réévaluer les traitements en regard de leur utilité.

***Pendant la sédation ...***

***le soutien et l'accompagnement des proches***

***doit être poursuivis et renforcés***

***Pendant la sédation ...***

***Maintenir une attention constante***

***... à la proportionnalité du traitement***

***... à l'effet sédatif visé***

# La toux

- définition:

Réflexe viscéro-moteur complexe servant à maintenir la perméabilité des voies aériennes.

- Physiopathologie:

- Hypersécrétion bronchique
- Irritation anormale des récepteurs situés:
  - dans les voies aériennes: trachée, bronches...
  - dans la sphère O.R.L.: larynx, pharynx, sinus....
  - à proximité: plèvre, médiastin, péricarde, diaphragme.
- Présence de corps étranger

## - Principales étiologies:

- Prolifération tumorale:
  - tumeur O.R.L. ou bronchique, masse ganglionnaire
  - envahissement du péricarde, du diaphragme, de la plèvre
- Pathologies infectieuses
- Épanchement pleural
- Pathologies cardiaques ( ins. cardiaque...)
- Pathologies pulmonaires ( asthme, ins. Respiratoire, embolie pulmonaire...)
- Pathologies neurologiques -> fausses routes
- Iatrogène ( fibrose post-radique, post-chimio, I.E.C.)

## - Principales étiologies :

### - selon mode de survenue et contexte :

- ↪ brutal, horaires, position, odeurs, fièvre.
- ↪ néoplasie, métastase, lymphangite...

### - selon les sécrétions :

- ↪ purulentes -> infectieux ( abcès, pneumopathie...)
- ↪ mousseuses roses -> O.A.P.
- ↪ grisâtres -> B.P.C.O.
- ↪ hémorragiques -> infectieux, néoplasique ...

### - selon la clinique

- Quels traitements :

Étiologiques +++

- broncho-dilatateurs
- corticoïdes
- diurétiques
- mucolytiques
- antibiotiques...

Traitements spécifiques:

- Aspirations
- Diminution de l'hydratation générale
  - > soins de bouche +++
- anticholinergiques; scopolamine..

## En cas d'encombrement sans dyspnée :

- si expectorations possibles :

↪ fluidifiants

↪ kinésithérapie

- si expectorations impossibles :

↪ aspiration +/- fibro-aspiration

↪ assécher les sécrétions: scopolamine\*,  
scopoderm\*

## Encombrement avec dyspnée :

- évaluer l'état général du patient
- étiologie ?
- expectoration possible ou pas ?

↪ traitement étiologique

puis

↪ anxiolytiques ( valium\* , hypnovel\* ...)

↪ morphiniques ( P.O., S.C., I.V.)

↪ scopolamine ou scopoderm\*

enfin

↪ sédation : cf protocole hypnovel\*

## - Quels traitements ?

- Avant tout étiologique +++

### • puis:

#### - si toux productive et expectoration possible:

↪ fluidifiant: mucolytique P.O., aérosol

↪ kinésithérapie

↪ aspiration désagréable !!

#### - si toux productive et expectoration non possible:

↪ assécher les sécrétions: scopolamine\*

↪ arrêt des fluidifiants

- Si toux sèche et irritative:

- antitussifs non narcotiques

- antitussifs narcotiques

- ex: Netux\*, néocodion\*

- ex: potion de morphine, morphine orale +  
antihistaminiques

- aérosols:

- avec corticoïdes

- avec anesthésiques locaux: Xylocaïne 2%

*En phase terminale:*

*Ne pas prescrire de fluidifiants, pour ne pas augmenter l'expectoration devenue inutile et inefficace.*

# Hémoptysie

## Définition:

Extériorisation de sang d'origine sous-glottique.

## À distinguer des saignements:

- dentaires
- épistaxis
- hématomèse

## - Principales étiologies :

- néoplasie
- embolie pulmonaire
- décompensation cardiaque
- troubles hémostasés
- problèmes infectieux ( tuberculose, aspergillose...)
- iatrogène ( AVK...)

- Quels traitements :

- Si hémoptysie faible abondance:

- PO - éxacyl\* 1 ampoule de 1g toutes les 6 h ( 20 mg/kg)  
- dicynone\* 2 comp 250mg 3 fois/j
- IV - éxacyl\* 1 amp IVL x 3à4/J  
- dicynone\* 2à3 x 3/J

- Si hémoptysie moyenne abondance:

- éxacyl\* et dicynone\* IV
- radiothérapie
- embolisation art. bronchiques, selon bénéfice

- Si hémoptysie massive:

- sédation rapide morphine/ hypnovel\*

# Le hoquet

## Etiologies multiples... spasmes diaphragmatique.

Réplétion gastrique, compression, ascite, pleurésie, lésions cérébrale, troubles métaboliques...

Traitements étiologiques si possibles...

## Que proposer ?

- Les neuroleptiques : Largactil\* (2 à 5 gouttes;  $\frac{1}{2}$  à 1 cp de 25 mg)
- Le baclofène: Liorésal\* (5 à 10 mg 3 fois par jour)
- La nifédipine: Adalate\* (10 à 20 mg 3 fois par jour)
- Les stimulants de la motricité gastrique (motilium\*, primperan\*...)

# Le prurit

## Etiologies ...

En rapport avec des lésions cutanées, problèmes hépatiques, paranéoplasiques, iatrogènes (opiacés)

## Que proposer ?

- La cholesteramine : Questran\* dans les ictères
- Les anti-histaminiques H1 non sédatifs (zyrtec\*, virlix\*...)
- les antihistaminiques H1 sédatifs (Théralène\*, polaramine\*...)
- Les antihistaminiques anticholinergiques (Atarax\*...)
- La naloxone (Narcan\*) si lié aux opiacés.

# Les symptômes neuro-psychologiques: L'agitation délirante

## Fréquente et difficile:

- Pour le patient (risque de mise en danger)
- Pour la famille (trouble de représentation et communication)
- Pour les soignants (vigilance et épuisement)

**Attention à la tentation facile de la sédation !!!**

## Que proposer ?

1. Comprendre (fécalome, rétention urine, syndrome méningé, signes généraux, iatrogénie...)
2. Explorer en fonction du contexte, de l'évolutivité
3. Fenêtres thérapeutiques parfois

4. Si possible traitement étiologique...

5. Sinon...

- Mesures environnementales pour rassurer et prévenir
- Si possible, limiter la contention
- Tenter de tranquilliser le patient
- Mesures pharmacologiques :
  - Haldol\* (PO,IV,SC) 0,5 à 1 mg en titration, 3 fois par jour
  - Nozinan\* : (PO,IV,SC) neuroleptique à action anxiolytique (5 mg, 3 fois par jour)
  - Risperdal\*: (PO) 1 fois par jour.
  - Midazolam, hypnovel\*

# Les symptômes neuro-psychologiques: Anxiété et dépression

*Fréquente mais est-elle toujours pathologique ?*

*Les causes...*

- Organiques (douleurs, pathologies cardio-pulmonaire, neurologiques, métaboliques...)
- Psychiques... (ATCD psychiatriques, anxiété isolée, anxiété de l'entourage...)

*Que proposer ?*

1. Ecoute, reformulation et l'accompagnement
2. Relaxation, psychothérapie...
3. Moyens pharmacologiques (anxiolytiques, neuroleptiques et antidépresseurs...)

# *Conclusion*

*Les soins palliatifs*

*... des soins actifs*

*... dans une approche globale de la personne, de sa famille et de l'équipe soignante et bénévole l'accompagnant*

*... avec travail d'équipe et interdisciplinaire fondée sur la mission d'aide et d'accompagnement*

*... réflexion sur la pratique des soins et de l'accompagnement dans le respect de la dignité humaine.*