

Les soins palliatifs

(Quelle prise en charge actuelle ?) :

Rôle des généralistes en collaboration avec les oncologues



**F. HADJARAB,
K. BOUZID,**
Oncologie Médicale,
Centre Pierre & Marie Curie, Alger.

Résumé

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluri professionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives et mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes, nous citons dans cet article les différents moyens de soins palliatifs utilisés pour améliorer la qualité de vie des patients cancéreux et en fin de vie.

>>> Mots-clés :

Soins palliatifs, gravité de la maladie, douleur, traitement de la douleur, amélioration de la qualité de vie.

Abstract

Palliative care is an active, continuous, evolutionary care, coordinated and practiced by a professional pluri-team. They aim, in a comprehensive approach and individualised, to prevent or relieve the physical symptoms, of which pain, but also other symptoms, to anticipate the risks of complications and to take into account the psychological, social and spiritual needs, in the respect of the dignity of then eat person. The palliative care see seeks to ovoid the investigations and the unreasonable treatments and refuse with to cause intentionally death. According to this approach, the patient is regarded as a living being and death like a natural process. The palliative care is addressed to the people reached of evolutionary serious diseases or bringing in to play the vital prognosis or in advanced and final phase, like their family and their close relations. The voluntary ones, formed with the accompaniment and pertaining to associations which select them can supplement, with the agreement of the patient or of his close relations, the action of the medical teams, we quote in this article the various means of palliative care used to improve quality of life of the cancer patients and at the end of the lifetime.

>>> Key-words :

Palliative care, disease gravity, pain, pain treatment, quality of life improvement.

Définition des soins palliatifs :

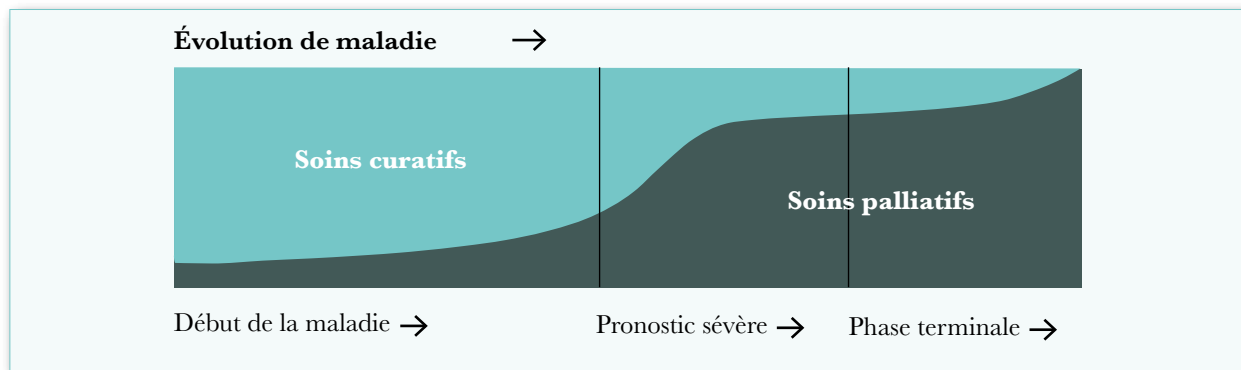
Les soins palliatifs sont des soins associés aux traitements de la maladie. Ils ont pour objectif de préserver la qualité de vie, de soulager les douleurs physiques et tous les autres symptômes gênants sources de souffrance ou d'inconfort tels que les vomissements, les essoufflements, la confusion mentale, etc., mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale ou spirituelle du malade et de ses proches.

L'objectif des soins palliatifs : n'est pas de guérir, mais de préserver la qualité de vie des patients et de leur famille face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle. La démarche des soins palliatifs vise ainsi à sauvegarder la dignité de la personne et à éviter les traitements et examens médicaux déraisonnables. Ces soins peuvent se mettre en place à domicile, en institution ou à l'hôpital.

À qui s'adressent les soins palliatifs ? Les soins palliatifs s'adressent soit aux adultes atteints de maladies graves évolutives, mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, soit aux personnes dont la vie prend fin dans le grand âge.

À quels moments de la maladie ? Les soins palliatifs ne sont pas réservés aux malades en fin de vie. Ils sont mis en place au cours de différentes périodes de la maladie. Peuvent être pratiqués tôt dans la maladie, pour aider à mieux la vivre et pour anticiper les difficultés qui pourraient survenir. Ils sont alors associés à des traitements dont l'objectif est de guérir ou de ralentir l'évolution de la maladie (chimiothérapie, radiothérapie, etc.). Enfin, lorsque l'évolution de la maladie est inéluctable et que le décès se rapproche, les soins palliatifs deviennent une priorité.

« Aidées par les équipes de soins palliatifs ».



Quels professionnels concernés par les recommandations ?

Les professionnels concernés sont les médecins généralistes et spécialistes, les infirmier(e)s, les aides soignant(e)s, les kinésithérapeutes, les psychologues, les assistantes sociales, les ergothérapeutes. Des bénévoles formés à l'accompagnement et appartenant à des associations.

Où mettre en œuvre les soins palliatifs ? : Ils peuvent être mis en œuvre à domicile, dans les unités de soins palliatifs, dans les établissements de santé en cours, moyen et long séjour, dans les structures destinées aux personnes âgées avec le soutien des unités mobiles de soins palliatifs.

1. Les unités de soins palliatifs (USP) : sont des services spécialisés en soins palliatifs situés à l'hôpital. Elles prennent en charge les situations les plus compliquées et sont également des lieux de recherche et de formation des soignants.

2. Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) : sont des équipes pluridisciplinaires (médecins généralistes formés pour les soins palliatifs, infirmières, psychologues) qui se déplacent au lit du malade et/ou auprès des soignants.

3. Les lits identifiés en soins palliatifs (LISP) : sont installés dans des services hospitaliers qui sont confrontés à des fins de vie fréquentes ...

4. Les réseaux de soins palliatifs :

- Ils apportent conseil, soutien, appui et formation aux équipes soignantes du domicile (infirmières, médecin traitant, services de soins infirmiers à domicile, etc.),
- Ils travaillent avec les structures médico-sociales (maison de retraite, etc.),
- Ils organisent le retour à domicile dans de bonnes conditions (mise en place des ressources humaines et financières nécessaires, etc.),
- Ils prévoient un lit de repli vers un lieu d'hospitalisation si jamais la situation à domicile devient trop difficile.

5. Les services d'hospitalisation à domicile

(HAD) : L'hospitalisation à domicile est mise en place sur prescription médicale lorsque la personne souhaite rester à son domicile et qu'elle nécessite beaucoup de soins et beaucoup de passages de soignants. L'équipe du service d'hospitalisation à domicile travaille en lien avec le médecin traitant et les autres soignants.

Là aussi le rôle du généraliste est capital, car il prend en charge ce genre de patients surtout en fin de vie à leur

domicile, en collaboration étroite avec le médecin spécialiste, l'oncologue exerçant à l'hôpital (traitement de la douleur, infections pulmonaires, urinaires, infections cutanées, escarres, dénutrition, perfusions, injection d'antibiotiques ...).

À Alger, il existe une structure de HAD à el Biar (Dar El Hakim), il faut savoir que depuis sa création, un grand bénéfice et aide a été apporté pour nos malades en phase palliative du traitement et en fin de vie.

Quels sont les principes de prise en charge des patients en soins palliatifs ?

1. Le respect du confort, du libre arbitre et de la dignité.
2. La prise en compte de la souffrance globale du patient : (écoute, communication, réconfort, respect de l'autre).
3. L'évaluation et le suivi de l'état psychique du patient : en soins palliatifs, le patient vit une phase d'angoisse intense quand il se voit confronté à l'approche de sa mort. La perte de sa confiance dans l'avenir, de ses repères, angoissé, révolté, plus vulnérable et plus influençable. Le rôle de l'équipe soignante est de reconnaître cette crise existentielle à partir des symptômes exprimés par le patient (anxiété, insomnies, douleur, etc.).
4. La qualité de l'accompagnement et de l'abord relationnel du patient et de ses proches nécessitent une disponibilité particulière de l'équipe soignante. Ils visent à signifier d'emblée au patient que sa dignité et son confort seront respectés par les différents professionnels qui interviennent dans la prise en charge.
5. L'information et la communication avec le patient et ses proches.
6. La prise en charge de la phase terminale et de l'agonie : la phase terminale est à anticiper, par le choix du lieu de soins le plus adapté au patient, par la mise à la disposition de l'équipe soignante ou éventuellement des proches, des médicaments nécessaires pour le soulager.
7. La préparation au deuil : L'instauration d'une bonne communication avec les proches du patient ainsi qu'une information précoce et régulière sur l'évolution de sa maladie.

En pratique, quels sont les soins palliatifs ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs qui prennent en compte l'ensemble des besoins de la personne, le soulagement de la douleur et des symptômes gênants.

« Ainsi on qualifie le contrôle de la douleur et des

symptômes + soutien psychologique » = soins palliatifs.

Modalités de prise en charge des principaux symptômes : Les symptômes présentés par un patient en soins palliatifs ont comme caractéristiques d'être associés, voire intriqués, surtout quand on approche de la phase terminale...

1. Douleur : Plus de 70 % des personnes à un stade avancé du cancer souffrent de douleurs.

- *Évaluation de la douleur* : Il est important de demander à chaque patient s'il a mal. (expression du visage, transpiration, pâleur et pouls rapide). Une évaluation précise de la douleur est essentielle pour en identifier les causes. Les questions à poser doivent inclure les suivantes :

- Combien de douleurs différentes y a-t-il ? Il est utile de les noter sur une carte du corps. Interrogez le patient sur chacune des douleurs.

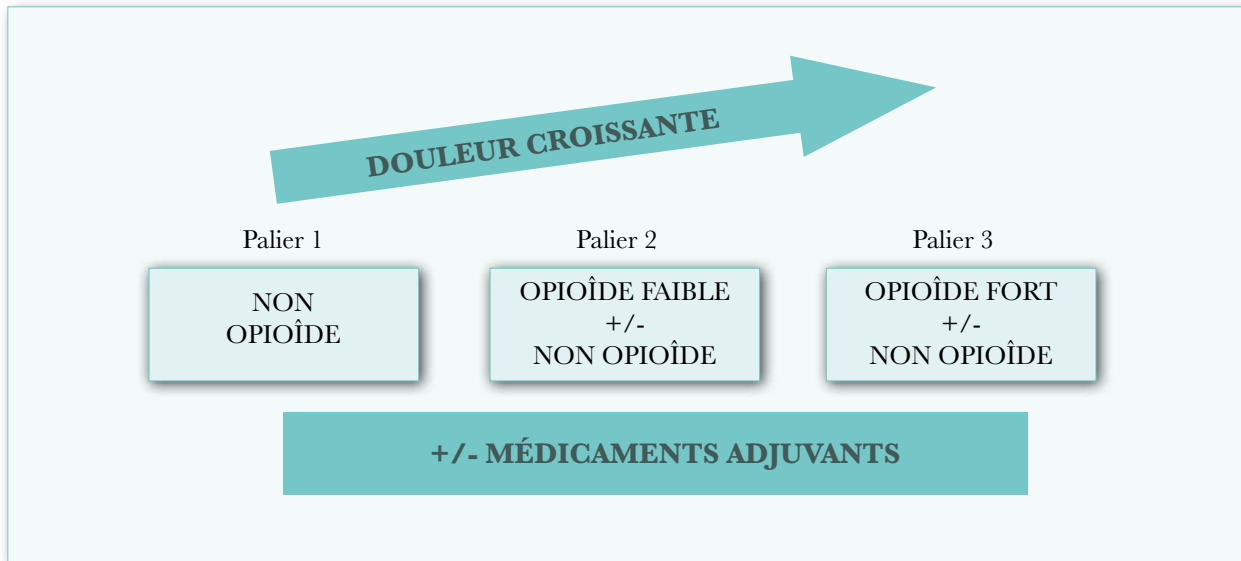
- Où se trouve la douleur et quelle est la sensation ressentie ?
- Depuis combien de temps souffrez-vous ?
- Qu'est-ce qui l'aggrave ou la soulage ?
- Des médicaments l'ont-ils jamais soulagé ?
- La douleur est-elle pire lors de mouvements ?
- Les os ou les articulations sont-ils sensibles ?
- Y a-t-il des changements de sensation au niveau de la peau à l'endroit de la douleur ?
- Les muscles sont-ils sensibles ou tendus ?

Prescrire : Les analgésiques (médicaments anti-douleur) qui se répartissent en deux groupes :

1. Non-opioïdes : Ils comprennent le paracétamol (acétaminophène) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) comme l'aspirine, l'ibuprofène et le diclofénac. Le principal effet secondaire de l'aspirine et des autres AINS est une irritation de l'estomac. Il faut donc qu'ils soient pris, si possible, avec de la nourriture.

2. Opioïdes : ils comprennent les médicaments similaires à la morphine comme la codéine, le tramadol et la morphine. Les analgésiques doivent être donnés :

- **Par voie orale** : C'est la méthode la plus simple, si le patient ne peut pas avaler de cachets, alors les voies sous-cutanée, rectale ou buccale sont des alternatives.
- **À heures fixes** : Donnez-en à intervalles réguliers selon leur durée d'action, par exemple la codéine 30mg toutes les 4 heures.
- **Par paliers** : Par étape, en fonction de l'accroissement de l'intensité de la douleur (voir ci-après).



Analgésiques non-opioïdes	Dose	Durée de l'effet
Paracétamol	500 mg à 1g 4x/j	4 heures
Aspirine	300 à 600 mgg4x/j	6 heures
Ibuprofèn	200 à 400 mg 4x/j	6 à 8 heures
Diclofénac	50 mg 3/j	8 heures
Analgésiques opioïdes	Dose	Durée de l'effet
Codéine (palier 2)	30 à 60 mg 4x/j	4 à 6 heures
Tramadol (palier 2)	50 à 100 mg 4xx/j	6 heures
Motphine (palier 3)	Aucune limite de dose mais augmenter les doses progressivement	
Morphine à libération immédiate (LI)	Dose de départ 2,5 à 5 mg toutes les 4 heures	4 heures
Morphine à libération prolongé (LP)	10 à 20 mg toutes les 12 heures	12 heures

- Prescrire de la morphine : La morphine est un analgésique puissant, efficace lorsqu'il est utilisé correctement. Préparations : La morphine se présente sous deux formes :

1. Morphine à libération immédiate (LI). Elle se présente sous forme de cachet ou de solution préparée à une certaine dose, par exemple 5 mg/5 ml ou 10 mg/5 ml. Prescrivez toujours la dose en mg et non en ml. La morphine LI commence à faire effet après environ 20 minutes et l'effet analgésique dure quatre heures.

2. Morphine à libération prolongée (LP). Il s'agit de cachets de morphine conçus pour un effet analgésique plus long. La forme la plus courante a un effet de

12 heures et doit être prise deux fois par jour à exactement 12 heures d'intervalles, par exemple à 6h00 et à 18h00 ou à 8h00 et à 20h00.

Dose : Morphine LI : Commencez par des doses de 2,5 à 5 mg toutes les 4 heures. Si le patient prend régulièrement de la codéine, vous pouvez commencer à des doses de 5 à 10 mg toutes les 4 heures. Une dose double peut être prise au moment du coucher pour éviter une dose au milieu de la nuit. Le patient peut également prendre des interdoses (doses de secours), de même quantité, à tout moment si la douleur n'est pas contrôlée par les doses régulières.

Morphine LP : Si possible, commencez toujours par

administrer de la morphine LI toutes les 4 heures à un patient. Une fois que vous savez la quantité de morphine dont le patient a besoin, vous pouvez passer à de la morphine LP toutes les 12 heures. Pour calculer la dose de morphine LP ajoutez toutes les doses de morphine LI prises au cours des dernières 24 heures (il s'agit de la dose quotidienne totale de morphine), puis divisez-la par deux pour obtenir la dose de morphine LP à donner toutes les 12 heures.

Augmentation de la dose : si le patient souffre encore après 24 heures et qu'il ne présente aucun signe de toxicité ; augmentez la dose de morphine de 50 %. Continuez à augmenter la dose de 30 à 50 % par paliers de quelques jours jusqu'à ce que le patient ne souffre plus.

Arrêt de la morphine : Si un patient prend de la morphine depuis plusieurs semaines, il ne faut généralement pas arrêter soudainement car cela peut créer des symptômes de sevrage (transpiration, agitation et nausée). La dose doit être réduite sur plusieurs jours puis arrêtée.

Effets secondaires des opioïdes :

- *Constipation*, c'est pourquoi elle doit être toujours prescrite avec un laxatif tel que (Microlax®)
- *Nausée* : lorsqu'ils commencent à prendre de la morphine, ils devront donc prendre un antiémétique tel que metoclopramide (Primperan®) pendant les premiers jours.
- *Somnolence*. Il est courant d'être somnolent au début de la prise de morphine
- *Transpiration et démangeaisons*.

Toxicité et overdose : Les points suivants peuvent être des signes que la dose de morphine est trop forte et que le patient présente des signes de toxicité : somnolence, confusion, hallucinations, myoclonies (contractions brusques des membres), dépression respiratoire (respiration ralentie), déshydratation s'ils souffrent d'insuffisance rénale.

Co-analgésiques : Il s'agit de médicaments qui ne sont pas conçus pour être des analgésiques mais qui peuvent aider à soulager certaines douleurs en complément des analgésiques standards.

Douleurs qui peuvent être soulagées par des co-analgésiques :

- 1 Douleur due à une inflammation ou une grosseur importante,
- 2 Douleur due à une lésion nerveuse (douleur neuropathique).

Coanalgésique	Douleur qui peut être soulagée
Corticostéroïdes par exemple la Dexaméthasone, la Prednisolone (1 mg de Dexaméthasone – 7 mg de Prednisolone)	Douleur due à une inflammation ou une grosseur importante
Antidépresseurs Tricycliques, par exemple l'Amitriptyline, l'imipramine	Douleur liée à une lésion nerveuse (douleur neuropathique)
Anticonvulsants, par exemple le Valproate, la Gabapentine, la Carbamazépine, la Phénytoïne	Douleur due à une lésion nerveuse (douleur neuropathie)
Benzodiazépines, par exemple le Diazépam, le Lorazépam	Spasme des muscles squelettiques
Anticholinergique, par exemple la Scopolamine Bromobuthylate	Spasme des muscles lisses, par exemple coliques abdominales

3. La douleur due à des lésions nerveuses peut être soulagée avec les co-analgésiques suivants :

Antidépresseurs tricycliques : Ils sont utilisés à des doses inférieures au traitement de la dépression. Le médicament le plus couramment utilisé est l'amitriptyline à la posologie de 12,5 à 25 mg au coucher (cette dose peut être augmentée à 50-75 mg si le patient le tolère).

Anticonvulsivants : La dose de départ doit être faible puis augmentée graduellement, sur quelques semaines jusqu'à ce que la douleur s'amenuise. Des exemples d'anticonvulsivants:

Valproate 200 mg 2x/j (passer à 600 mg 2x/j si nécessaire), Gabapentine 300 mg 3x/j (passer à 900 mg 3x/j si nécessaire) ; Carbamazépine. 100 mg 2x/j (passer à 400 mg 2x/j si nécessaire) Phénytoïne. 100mg 2x/j (passer à 200 mg 2x/j si nécessaire).

Corticostéroïdes à forte dose : Ils peuvent soulager en cas d'inflammations ou de gonflements importants à proximité des nerfs.

2. Asthénie, immobilité :

Asthénie : Comprend des mesures visant à ménager les forces du patient tout en préservant ses capacités d'autonomie et de participation, des recherches de médicaments pris par le patient susceptibles de majorer une

asthénie. Un traitement par corticoïdes en cures courtes ou plus rarement par amphétamines (adrafnil, méthylphénidate) peut être proposé.

Immobilité : Il est recommandé d'évaluer précocement le retentissement physique de la diminution de la mobilité chez le patient. La réponse aux besoins doit faire l'objet d'une concertation entre les professionnels de santé (médecin, infirmier(e), aide-soignant(e), kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien(ne), psychologue, etc.), le patient, l'entourage et éventuellement les services sociaux. Une aide technique pour l'aménagement de l'environnement (barres d'appui, fauteuil roulant, lit électrique, etc.) est envisagée.

3. Anxiété, dépression, troubles du sommeil :

Anxiété : Le recours au psychologue ou psychiatre peut être nécessaire. Des techniques corporelles (relaxation, massage, etc.) peuvent soulager le patient, un traitement par benzodiazépines (à demi-vie courte) peut être indiqué pour soulager surtout les aspects somatiques de l'anxiété.

Dépression et risque suicidaire : Il est essentiel d'écouter les plaintes et la souffrance du patient et de distinguer la tristesse, émotion naturellement ressentie chez un patient atteint d'une maladie grave évolutive (perte d'autonomie, modifications de l'image et de l'estime de soi, etc.) d'un réel syndrome dépressif. Les antidépresseurs sont proposés en test thérapeutique au moins 3 semaines.

Troubles du sommeil : Ils peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété, d'une dépression ou d'un syndrome confusionnel. Le traitement doit être discuté avec le patient et son entourage et dépend du type d'insomnie : zolpidem et zopiclone en cas d'insomnie d'endormissement, benzodiazépine en cas d'anxiété associée, antidépresseur sédatif en cas de réveil précoce avec signes dépressifs.

4. Syndromes confusionnels :

Peuvent annoncer la phase terminale peuvent entraîner une déshydratation et arrêt de l'alimentation. La prise en charge dépend de l'étiologie, rechercher en premier lieu une étiologie médicamenteuse ou toxique, en second lieu une cause métabolique (surtout en cas de déshydratation) ou une cause mécanique (globe urinaire, fécalome). Les molécules indiquées sont :

- En première intention les neuroleptiques, soit neuroleptiques « classiques » (halopéridol ou phénothiazines), soit en cas d'intolérance, les neuroleptiques atypiques (rispéridone, olanzapine) ;

- En cas d'anxiété (en particulier dans les cas de sevrage), les benzodiazépines per os ou par voie parentérale (lorazepam, midazolam), ou le méprobamate, associés si besoin aux neuroleptiques.

5. Sécheresse de la bouche et ulcérations buccales :

Entraînent un réel inconfort voire une douleur chez le patient au niveau des lèvres, de la voix, de la salivation, de la déglutition et de la cavité buccale. Les prothèses dentaires sont nettoyées comme les dents après chaque repas et déposées la nuit. L'humidité de la bouche peut être maintenue exemple : boire de l'eau, sucer ou mastiquer des cubes d'ananas, de la gomme à mâcher, des glaçons, appliquer des compresses humides sur les lèvres.

6. Escarres, plaies malodorantes, œdèmes, prurit :

- Escarres, plaies malodorantes :

Les mesures de prévention sont les suivantes :

- Diminution de la pression en évitant les appuis prolongés (mobilisation, mise au fauteuil, verticalisation et reprise éventuelle de la marche) et en planifiant des changements de position toutes les 2 à 3 heures, voire à une fréquence plus élevée (les phénomènes de cisaillement et de frottement doivent être évités par une installation et une manutention adéquates du patient, le décubitus latéral oblique à 30° par rapport au plan du lit
- Utilisation des supports (matelas, sur matelas, coussins de siège).

Le traitement de l'escarre repose sur la lutte contre la contamination des plaies (notamment avec les urines et les selles), l'utilisation d'un pansement adapté à l'état de la plaie.

Plaies malodorantes : des pansements absorbants au charbon activé peuvent diminuer les odeurs.

- Œdèmes : Surveiller l'apparition d'une surinfection et la traiter par une antibiothérapie probabiliste anti-streptococcique. Les œdèmes diffus ou déclives peuvent être soulagés :

- Par une contention légère à modérée (de classe 1 ou 2) par bandages ou dispositifs adaptés, à condition qu'il n'existe pas d'insuffisance artérielle
- Par une surélévation du ou des membres atteints ;
- Par des massages deux fois par jour. Le lymphœdème des membres peut parfois être réduit par une contention modérée à forte, par bandages ou dispositifs adaptés, à condition qu'il n'existe pas de thrombose veineuse.

- Prurit : les soins de peau constituent le premier temps

du traitement symptomatique d'un prurit. Les bains trop chauds, les agents asséchants (savons trop détergents) ou irritants (lessives, vêtements en laine) sont à éviter et l'usage fréquent d'une crème hydratante est recommandé, il peut être proposé:

- En cas de prurit localisé : les corticoïdes locaux ;
- En cas de prurit généralisé : les antihistaminiques, les corticoïdes par voie générale.

7. Dyspnée :

il est recommandé de rechercher des signes cliniques de gravité (fréquence respiratoire élevée et cyanose). Lorsqu'un saturomètre est disponible, une mesure de la saturation en oxygène du sang artériel peut être proposée pour confirmer une hypoxie. Pour améliorer la respiration (position demi-assise), en cas de composante obstructive, les broncho-dilatateurs β_2 stimulants peuvent être utilisés. S'il existe des sécrétions bronchiques très abondantes, un anti cholinergique est proposé par voie sous-cutanée (scopolamine bromhydrate en première intention ou à défaut atropine). L'oxygénothérapie est recommandée en cas d'hypoxie prouvée (saturométrie ou gaz du sang) ou suspectée. En cas de dyspnées résistantes aux traitements précédents, l'utilisation des opioïdes est proposée.

8. Toux, hoquet rebelle :

Toux : Le traitement symptomatique débute par, l'humidification de l'air inspiré ou des aérosols hydratants (aérosols de sérum physiologique ou d'eau faiblement minéralisée). En cas de toux productive, la kinésithérapie respiratoire si elle n'est pas douloureuse peut être proposée, associée à l'humidification. En cas de sécrétions bronchiques abondantes, on peut proposer la scopolamine (bromhydrate) en sous-cutané ou à défaut l'atropine.

Hoquet rebelle : A pour principale cause une distension ou une irritation gastro-duodénale pour lesquelles on peut proposer des pansements digestifs à base de charbon ou des antiacides à base d'hydroxyde d'aluminium et de magnésium. En cas d'échec, un antiémétique stimulant la motricité gastro-duodénale (métoclopramide, dompéridone) est recommandé.

9. Dysphagie :

En cas de dysphagie, il est recommandé de rechercher une cause médicamenteuse pouvant assécher la muqueuse buccale et exacerber une dysphagie (opioïdes, neuroleptiques, anticholinergiques, métoclopramide, dompéridone, etc.) et d'adapter le traitement.

En cas de trouble de la déglutition, on peut proposer

pour éviter les fausses-routes : une texture pâteuse ou gélifiée des aliments, une alimentation froide, la prise des repas en position assise. La douleur liée à la déglutition peut être soulagée par des anti-inflammatoires non stéroïdiens. En cas d'obstruction, les corticoïdes à fortes doses sont proposés. En cas d'échec, une dilatation endoscopique ou la pose d'une endoprothèse œsophagienne ou une désobstruction au laser.

10. Nausées, vomissements :

- Il est recommandé :
- De lister les médicaments susceptibles de provoquer ou d'aggraver des nausées et des vomissements
- De supprimer, dans la mesure du possible, les stimuli susceptibles d'aggraver les symptômes (odeurs, etc.) ;
- De fractionner les repas et de proposer de petites collations. Il est recommandé d'évaluer l'état d'hydratation du patient, surtout s'il existe une diarrhée associée : en cas de déshydratation rapide en 24-36 heures, une réhydratation parentérale est à discuter. Les antiémétiques prokinétiques (métoclopramide ou dompéridone) sont recommandés.

11. Anorexie, cachexie :

En cas d'anorexie, il est proposé de commencer par favoriser l'appétit grâce à une présentation attrayante des repas (même s'ils doivent ensuite être mixés), grâce à de petites portions, à des boissons fraîches. Des préparations hyperprotidiques et hypercaloriques peuvent être essayées. Les médicaments orexigènes peuvent être prescrits si ces mesures simples ne suffisent pas : les corticoïdes et les progestatifs (acétate de megestrol, acétate de medroxyprogestérone) augmentent l'appétit et probablement le bien-être du patient.

En cas de cachexie, les mesures diététiques pour lutter contre l'anorexie sont recommandées.

12. Déshydratation :

En l'absence de cause curable, et particulièrement en phase ultime, si la réhydratation orale n'est pas possible, il n'est pas recommandé une réhydratation parentérale systématique.

13. Troubles du transit : constipation, occlusion, diarrhée

Constipation : Il est proposé de prévenir la constipation :

- En encourageant, dans la mesure du possible, une activité physique régulière, ou à défaut en proposant des massages du cadre colique,
- En maintenant la consommation de fibres alimentaires grâce à une alimentation variée et agréable pour le patient et une hydratation orale adéquate.

Occlusion intestinale : la chirurgie palliative est à discuter en première intention. Si elle n'est pas possible,

il est proposé de lutter contre la douleur, de traiter les nausées et les vomissements, de discuter une aspiration gastrique, d'arrêter éventuellement un traitement laxatif, maintenir une hydratation et une alimentation adaptées à l'état du patient. Pour lutter contre la douleur, l'association opioïdes-antispasmodiques est préconisée. Comme antispasmodique, la scopolamine butylbromure (ou à défaut la scopolamine bromhydrate).

Diarrhée : Est à traiter rapidement car elle retentit vite sur l'hydratation et sur l'état physique et psychologique du patient. Le traitement symptomatique repose sur :

- Une adaptation du régime alimentaire, selon le contexte clinique (évitement momentanée des laitages en cas de diarrhée infectieuse, arrêt des compléments nutritifs liquides, réhydratation en privilégiant la voie orale) ;
- Des soins d'hygiène ;
- L'utilisation d'anti-diarrhéiques, après élimination d'une fausse diarrhée liée à un fécalome. Le lopéramide est proposé en première intention...

14. Troubles urinaires :

En cas de troubles urinaires, la prise en charge est d'abord étiologique.

En cas d'infection urinaire, il est rappelé que chez un patient porteur d'une sonde vésicale à demeure, une bactériurie apyrétique ne nécessite pas de traitement antibiotique.

En cas d'hématurie macroscopique persistante, il est recommandé d'essayer de supprimer la cause du saignement (embolisation artérielle en cas de saignement d'origine rénale, électrocoagulation en cas de saignement vésical). Il est proposé la pose d'une sonde vésicale à double courant permettant des lavages répétés, et/ou une irrigation continue.

Phase terminale et agonie :

La phase terminale peut durer plusieurs jours alors que l'agonie est souvent définie par les 48 à 72 heures qui précèdent la mort. L'agonie peut être identifiée par le caractère rapidement évolutif de l'état général, et l'apparition éventuelle :

- De troubles de conscience (sommolence et parfois comas entrecoupés de périodes de lucidité) ;
- De troubles respiratoires (râles agoniques) ;
- De troubles de la déglutition ;
- De troubles circulatoires (hypotension artérielle, cyanose des extrémités, entraînant troubles trophiques au niveau des points de pression) ;
- D'un syndrome confusionnel ;
- De myoclonies, dyskinésies, contractures, voire convulsions ;
- D'une élévation de la température corporelle et d'une asthénie extrême.

Conclusions :

Développer le contrôle efficace des symptômes, le respect des souhaits et des besoins propres du patient et pour la famille constituent les pierres angulaires des soins palliatifs qui sont à prendre en compte, non seulement les symptômes physiques ou psychologiques présentés par le patient, mais également ses besoins spirituels, familiaux et sociaux. Une collaboration étroite entre les différents intervenants dans la prise en charge du cancéreux pendant cette phase délicate de son parcours de la maladie du début jusqu'à la phase finale est indispensable. Tous les centres destinés à la prise en charge de ces malades doivent être équipés pour faire face à tous les problèmes qui peuvent survenir durant cette période de soins palliatifs. La participation du médecin généraliste est indispensable pour la prise en charge des effets secondaires des traitements et les symptômes qui suivent.

Références

- Recommandations ANAES « Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, 12/03/02 (www.has-sante.fr)
- Rapport annuel du comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement. 2008 [www.sante.gouv.fr]
- Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 [www.sante.gouv.fr]
- Amery J (2009). *Children's Palliative Care in Africa*. London: Oxford University Press.
- APCA (2009). *Competency framework for palliative care*. Kampala: African Palliative Care Association.
- APCA (2009). *Standards for palliative care in Africa*. Kampala: African Palliative Care Association.
- Gwyther L, Merriman A, Mapanga Sebuyria L and Schietinger H (2006). *A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV and AIDS in Sub-Saharan Africa*. Kampala: APCA.
- Hospice Africa Uganda (2006). *Palliative Medicine: pain and symptom control in the cancer and/or AIDS patient in Uganda and other African Countries (4th Edition)*. Uganda: Hospice Africa Uganda.
- International Network for Cancer Treatment and Research (2008). *INCTR Palliative Care Handbook*. INCTR Publication No 3.
- Kopf A and Patel NB (eds) (2009). *Guide to Pain Management in Low Resource Settings*. United States: IASP Press.
- Lavy V, Bond C and Wooldridge R (2007). *Palliative Care Toolkit: Improving care from the roots up in resource-limited settings*. London: Help the Hospices and WPCA.
- Meiring M (2009). *Guidelines for managing pain in children*. South Africa: Adcock Ingram.
- Mwangi-Powell FN, Downing J, Ddungu H, Kiyange F, Powell RA and Baguma A (2010). 'Palliative care in Africa' in Ferrell BR and Coyle N (eds) *Oxford Textbook of Palliative Nursing, 3rd Edition (March 2010)*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization (2004). *Palliative Care: Symptom management and end-of-life care. Integrated management of adolescent and adult illness*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2007). *WHO Model List of Essential Medicines – 15th List*. Geneva: World Health Organization.
- www.palliativedrugs.com, accessed March 2010. 'Palliative drugs: Essential information for palliative and hospice care'.
- Guide des bonnes pratiques de soins en EPHAD, Guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements, Guide des lits identifiés sur le site du ministère chargé de la Santé [www.sante.gouv.fr] rubrique « Soins palliatifs » dans dossier « A à Z ».
- Répertoire national des ressources de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) [<http://www.sfap.org>] ou le portail soins palliatifs [www.portail-soins-paliatifs.org]. Vous pourrez également y trouver des renseignements sur les formations possibles.