ROYAUME DU MAROC

UNIVERSITE SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH

FACULTE DE MEDECIN ET DE PHARMACIE

FES

# LES SOINS PALLIATIFS EN ONCOLOGIE DU CHU HASSAN II DE FES

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Docteur ILHAME TOUMIR

Née le 10 Octobre 1987 à Azrou

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : Radiothérapie

Sous la direction de:

Professeur HASSOUNI KHALID

Session juin 2017

**A Mes Chers Professeurs,**

C'est avec une grande émotion et un profond respect et estime que nous avons l'honneur aujourd'hui d'écrire ce modeste mot afin de rendre hommage à nos maitres qui nous guidé, et n'ont jamais épargné d'efforts pour notre apprentissage et notre formation, tant sur le plan théorique que pratique. Ces quelques lignes ne sauraient suffire pour vous exprimer, chers maitres, ma grande reconnaissance et ma profonde gratitude pour vos qualités humaines et professionnelles qui me serviront certainement d'exemple dans ma carrière. Nous vous restons à jamais reconnaissance, sincèrement respectueux et toujours disciples dévoués…

# ABREVIATIONS

**ADP** : Accès Paroxystique Douloureux

**AINS** : Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

**BPI** : Bref Pain Inventory

**DN** : Douleur Neuropathique

**EMSP** **:** Equipe Mobile des Soins Palliatifs

**ENS** : Echelle Numérique Simple

**EVA** : Echelle Visuelle Analogique

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**MDASI** : MD ANDERSON Symptôme Inventory

**MLI** : Morphine à Libération Immédiate

**MLP** : Morphine à Libération Prolongée

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PEC** : Prise En Charge

**RCP** : Réunion de Concertation pluridisciplinaire

**SP** : Soins Palliatifs

**SFAP** : Société Française d'Accompagnements et de Soins palliatifs

**USP** : Unité de Soins Palliatifs

**VIP** : Peptide Intestinal Vasoactif

# PLAN

Introduction.....7

Concepts et définitions .....8

Principes et objectifs de prise en charge en soins palliatifs ..... 11

**I.** Principes de prise en charge en soins palliatifs.....11

**II.** Objectifs des soins palliatifs.....11

a. Objectif général.....11

b. Objectifs spécifiques.....12

Prise en charge des grands symptômes en soins palliatifs

I. Principes de prise en charge.....14

II. PEC de la douleur cancéreuse.....15

**1.** Définition.....15

**2.** Les voies de transmission de la douleur.....16

a. L'origine de la douleur.....16

b. La transmission au niveau du rachis.....16

c. Le transfert vers le cerveau .....17

**3.** Classification .....17

**4.** Evaluation de la douleur.....20

**5.** PEC thérapeutique de la douleur.....24

A. Douleur nociceptive.....24

a. Principes de la prescription des antalgiques.....24

b. Les trois paliers des antalgiques.....25

c. Principes de rotation des opioïdes.....30

d. Gestion des effets secondaires des opioïdes .....32

B. Douleur neuropathique .....34

**6.** Les coantalgiques .....37

**7.** Traitements non médicamenteux .....38

III. PEC des symptômes systémiques

1. Asthénie……39
2. Anorexie……43
3. Œdèmes et lymphœdèmes……45
4. Hypersudatio ……46
5. Déshydratation……47

IV. PEC des symptômes respiratoires

1. Dyspnée……49
2. Toux……52
3. Hémoptysie……53
4. Hoquet……55
5. Encombrement bronchique terminal……56

V. PEC des symptômes digestifs

1. Nausées et vomissements……57
2. Constipation……59
3. Diarrhées……61
4. Occlusion intestinale……63
5. Ascite……65
6. Hémorragies digestives……66
7. Atteintes buccales……66

VI. PEC des symptômes neuropsychiatriques

1. Confusion……68
2. Anxiété……70
3. Dépression……73
4. Insomnie……75

VII. PEC des symptômes cutanés

1. Prurit……77
2. Plaies cancéreuses……78
3. Escarres……80

4. Fistules cutanées……81

VIII. PEC de l'agonie……85

**1.** Définitions……85

**2.** Symptomatologie……85

**3.** Modalités de prise en charge ……86

**4.** Prise en charge de l'entourage……87

Résumé ……90

Annexes ……91

## Introduction

Le développement de la cancérologie, au Maroc, durant ces dernières années a marqué ses différents champs d'action : l'épidémiologie, la détection précoce, la prise en charge diagnostique et thérapeutique, ainsi que les thérapies de support. Néanmoins la prise en charge de la phase terminale reste un volet non encore développé en cancérologie.

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

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables (communément appelés acharnement thérapeutique). Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil.

Dans la démarche palliative, le patient se situe au centre d'un dispositif autour duquel de nombreux intervenants sont appelés à tenir un rôle en interrelation les uns avec les autres. Pluridisciplinarité et interdisciplinarité sont indispensables dans la prise en charge en soins palliatifs. On trouve des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, des kinésithérapeutes, des assistantes sociales, des psychologues, des auxiliaires de vie, des bénévoles, des ergothérapeutes, des orthophonistes, bénévoles d'accompagnement....

Les soins palliatifs :

- Procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênant ;
- Soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal ;
- N'entendent ni accélérer ni repousser la mort ;
- Intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients ;
- Proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort ;

- Offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil ;
- Utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil ;
- Peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie ;
- Sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie ;
- Incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

## Concepts et définition des Soins palliatifs :

➢ **Définition des soins palliatifs** : « 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 ou 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 » **HAS 2002.**

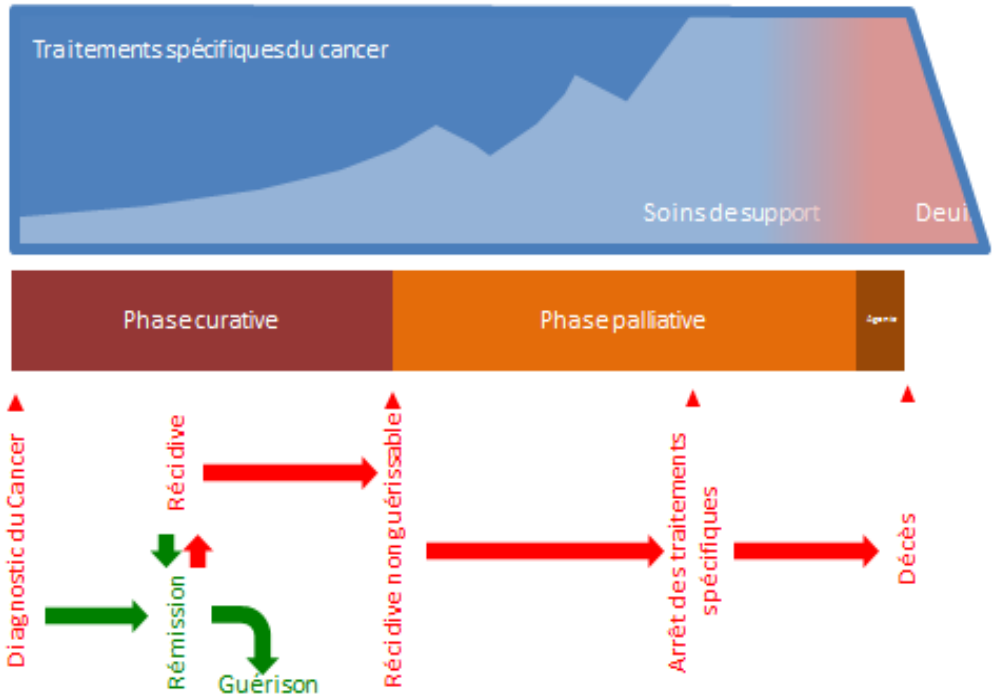
➢ **Evolution de prise en charge en charge dans la maladie cancéreuse :**

- **Phase curative** : est la phase pendant laquelle l'objectif de la prise en charge est la guérison. Durant cette phase toutes les investigations et soins nécessaires pour atteindre cet objectif sont entrepris.

- **Phase palliative** : est la phase dont l'objectif de guérison ne peut plus être atteint. Pendant cette phase ; l'objectif principal est l'amélioration de la qualité de vie du patient et son entourage. Cependant, des traitements spécifiques du cancer (Chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) peuvent être envisagés en cas de besoin afin de ralentir la progression de la maladie ou traiter certains symptômes.

- **Phase terminale :** est une phase de la maladie évoluant vers le décès. Durant cette phase aucune modalités thérapeutiques spécifiques du cancer ou qui vise de prolonger la vie ne doit être entreprise. La prise en charge du patient sera axée sur la préservation et l'amélioration de sa qualité de vie.

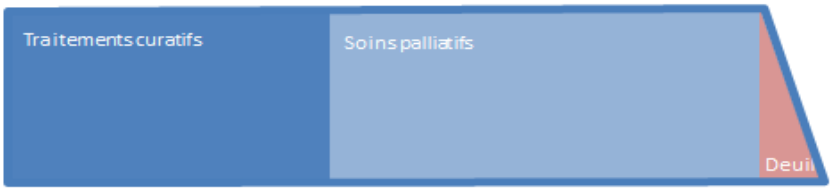
## Histoire naturelle du cancer



**Démarche palliative :** c'est une approche globale permettant d'anticiper les situations de fin de vie ; prenant en considération l'aspect éthique, l'accompagnement psychosociale et les soins de confort. En effet, ce concept peut être appliqué à la PEC du patient atteint du cancer tout au long de son parcours de soin, ce qui définit le concept des « soins de support ».

**Evolution des concepts**

**Passé :**
Dichotomie entre phase curative et palliative




**Présent :**
Soins de support et soins palliatifs dés le diagnostic

**Futur :**
Possibilité de reprendre des traitements du cancer si la réponse attendu est meilleure

# Principes et objectifs des soins palliatifs

## I. Principes de prise en charge en soins palliatifs

Les soins palliatifs répondent à des principes prenant en considération le patient, sa famille et L'équipe soignante :

➢ **Le patient :**

- Préserver sa dignité, respecter le libre choix du patient (l'impliquer dans la prise de décision en se basant sur ses croyances et ses volontés) et préserver son confort pendant toute la durée de la PEC ;
- Prendre en charge sa souffrance globale.

➢ **La famille :**

- Communiquer et informer de façon continue sur l'évolution l'état de santé du patient tout Le long du processus de PEC ;
- Impliquer les membres de la famille, en particulier le soignant principal, dans la prise de décision et le projet de soins ;
- Assurer l'accompagnement et le soutien psychologique de la famille ;
- Préparer et PEC le deuil.

➢ **L'équipe soignante :**

- Travailler en équipe et respecter l'interdisciplinarité ;
- Coordonner et assurer la continuité des soins ;
- Préserver l'équipe soignante de l'épuisement professionnel.

## II. Objectifs

### 1. Objectif général

Améliorer la qualité de vie et de PEC des patients atteints de cancer et de leurs proches, par la prévention et le soulagement de la souffrance, physique, psychologique, sociale et spirituelle qui lui sont liées.

### 2. Objectifs spécifiques

- Renforcer la PEC intégrée des SP et en réseau incluant l'hospitalier, l'ambulatoire et le domicile
- Développer les capacités en SP
- Promouvoir le partenariat et la mobilisation sociale
- Elaborer un système de suivi et évaluation

# Prise en charge des grands symptômes en soins palliatifs

Les symptômes d'inconfort, autres que la douleur, sont courants en situation palliative. Leur fréquence augmente avec l'évolution de la maladie et souvent plusieurs symptômes sont associés ce qui rend complexe la PEC. Ils ont un retentissement important sur la qualité de vie ce qui oblige à une prise en charge pluridisciplinaire où le patient y sera associé autant que possible.

L'objectif de cette prise en charge est d'améliorer sa qualité de vie tout en veillant à ce que les traitements disproportionnés soient évités.

## *I.* Principes de prise en charge

- La PEC nécessite une évaluation précise et rigoureuse avant d'instaurer ou de modifier tout traitement envisagé.
- L'évaluation de l'intensité de tous les symptômes peut faire appel à l'instar de la douleur à une échelle visuelle analogique, numérique ou verbale.
- Le traitement devra tenir compte de l'âge du patient, de son état général, de l'évolution de sa maladie et du projet de soins.
- Le traitement peut être étiologique quand il est possible et acceptable pour le patient et/ou symptomatique.
- Il convient également de réévaluer régulièrement son efficacité ainsi que sa tolérance, et de rechercher d'éventuels effets secondaires ;
- Il faut privilégier toujours la voie orale.
- Il est souhaitable de préserver l'autonomie et les facultés intellectuelles du patient en évitant chaque fois que c'est possible les traitements sédatifs.

> La particularité des SP, exige la proposition de prescription de produits, pour le contrôle symptomatique, hors AMM. Cette prescription trouve son fondement sur les recommandations des experts et des sociétés savantes internationales.

On va traiter, dans ce travail, les symptômes sont ceux que l'on retrouve le plus souvent en soins palliatifs, mais aussi ceux qui sont le plus redoutés que ce soit le patient, ainsi que la famille.

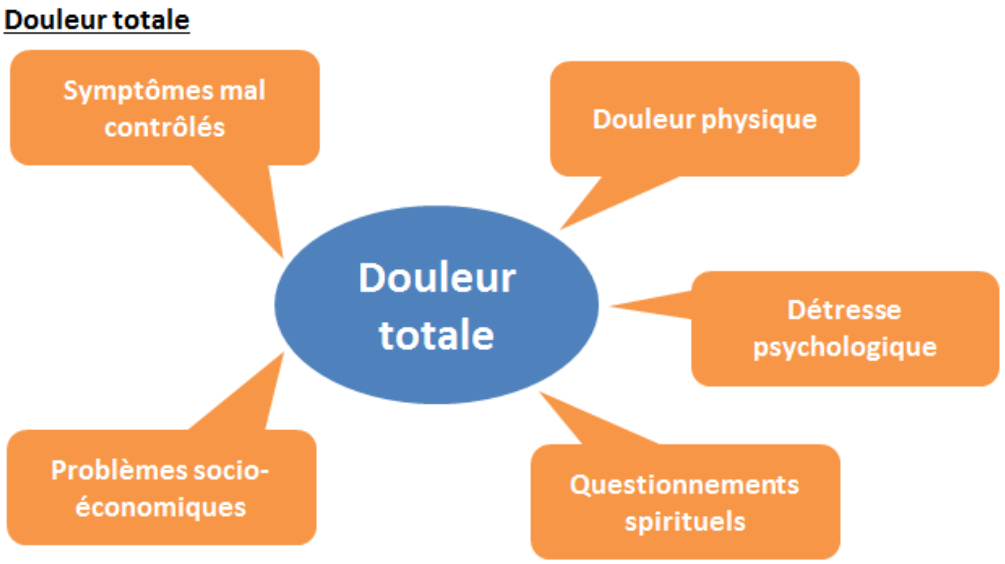
## II. PEC de la douleur cancéreuse

### 1. Définition

La définition la plus complète de la douleur est celle de l'International Association for the study of pain : la douleur est une « Expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ». Cette définition reprend la composante sensori-discriminative et émotionnelle, ainsi que l'origine nociceptive et non nociceptive de la douleur.

La douleur est le symptôme le plus fréquent en soins palliatifs. C'est aussi une crainte majeure exprimée par les patients et leur entourage. La douleur « physique » et souffrance, ne sont qu'une partie de la douleur totale, qui comprend la souffrance spirituelle, sociale et psychique.

La diversité des dimensions impliquées justifie que l'approche du patient douloureux soit à la fois somatique, psychologique, sociale et familiale, ce qui rend indispensable le travail en équipe pluridisciplinaire



## 2. Les voies de transmission de la douleur

### a. L'origine de la douleur

A la suite d'une agression tissulaire, de quelque type qu'elle soit, les messages nociceptifs sont transmis à partir de fibres sensitives de petit calibre vers les racines rachidiennes. Un certain nombre de substances algogènes sont impliquées dans cette genèse douloureuse : bradykinine, ions H+ ou K+, histamine, sérotonine, dérivés divers l'acide arachidonique (prostaglandines, prostacyclines, leucotriènes).

Les prostaglandines sensibilisent les récepteurs vis à vis des autres substances algogènes. De ce fait, l'utilisation d'anti-inflammatoires, d'aspirine ou de glucocorticoïdes a souvent un effet bénéfique.

### b. La transmission au niveau du rachis

La corne postérieure de la moelle constitue la première étape essentielle de transmission et de modulation de la douleur. Les neurones nociceptifs vont transmettre l'information vers les neurones convergents, puis le faisceau spinothalamique.

A ce niveau, un grand nombre de peptides interviennent dans la transmission de la douleur : substance P, peptide intestinal vasoactif (VIP), ocytocine, galanine, angiotensine 2, dynorphine, enképhaline...

La théorie classique est de considérer que l'ensemble de ces molécules chimiques constitue une sorte de portillon filtrant la transmission de la douleur vers les centres supérieurs. La douleur est transmise :

- Soit quand il existe une stimulation trop importante pour être inhibée au niveau de la moelle,
- Soit quand il existe une altération du filtre de la moelle.

On distingue ainsi les douleurs de nociception (trop de stimulus) des douleurs de désafférentation (pas d'inhibition), avec des déductions thérapeutiques importantes.

La présence de ce filtre médullaire permet aussi d'envisager une thérapeutique au niveau médullaire (voie péridurale ou intrathécale), notamment par morphinique, permettant de réduire la posologie et de diminuer les effets secondaires.

### c. Le transfert vers le cerveau

Les voies de la douleur sont transmises le long du faisceau spinothalamique (cordon antérolatéral de la moelle), vers la formation réticulée bulbaire et le thalamus.

Le thalamus latéral traite les informations sensitives discriminantes du point de vue de la localisation.

Le thalamus central est le siège d'informations plus vagues, mal systématisées, à l'origine des réactions motrices et des réactions émotionnelles à la douleur.

De là, l'information douloureuse est transmise vers l'aire pariétale ascendante (permettant une bonne discrimination du lieu douloureux), mais aussi vers le système limbique, à l'origine des réactions émotionnelles et comportementales habituellement rencontrées, et vers l'hypothalamus à l'origine des manifestations neurovégétatives et endocriniennes.

## 3. Classification

Il existe diverses classifications qui prennent en compte soit l'origine physiopathologique (nociceptive, neuropathique et psychogène), soit son évolution (aigue, chronique et l'accès douloureux).

➢ *Classification physiopathologique*

- **Nociceptive**

La douleur nociceptive est secondaire à une activation des nocicepteurs en relation directe à un stimulus nociceptif réel ou anticipé qui peut déclencher un réflexe protecteur. Elle peut être somatique ou viscérale. Elles peuvent être dues à la nature même de la tumeur (Osseuse …), à la compression ou infiltration des tissus avoisinants, l'inflammation, la nécrose … Ainsi que la conséquence de certains traitements (Chirurgie, radiothérapie …)

Au plan sémiologique, ces douleurs sont caractérisées par un rythme mécanique (augmentation de la douleur par l'activité physique) ou "inflammatoire" (réveil nocturne par douleur). À l'examen clinique, la douleur spontanée peut souvent être reproduite par une manœuvre. L'examen neurologique est normal. Dans certains cas, on peut noter une hyperesthésie cutanée en rapport avec une douleur projetée. Des investigations complémentaires peuvent documenter la lésion en cause.

- **Neuropathique**

La douleur neuropathique se définit comme une « douleur initiée ou causée par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux » qu'il soit périphérique ou central.

Elle peut être d'origine périphérique par mono-neuropathie (chirurgicale…), par compression et ou envahissement tumorale ; ou centrale par envahissement médullaire ou par localisation cérébrale tumorale ou infectieuse. Elles peuvent être induites par certains traitements (Toxicité de la chimiothérapie …)

Son diagnostic est clinique, il repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Le questionnaire DN4 est utile pour établir l'origine neuropathique de la douleur (ou d'une composante de la douleur), quand le score est supérieur ou égal à 4 (Annexes).

Tableau 1 : classification physiopathologique de la douleur

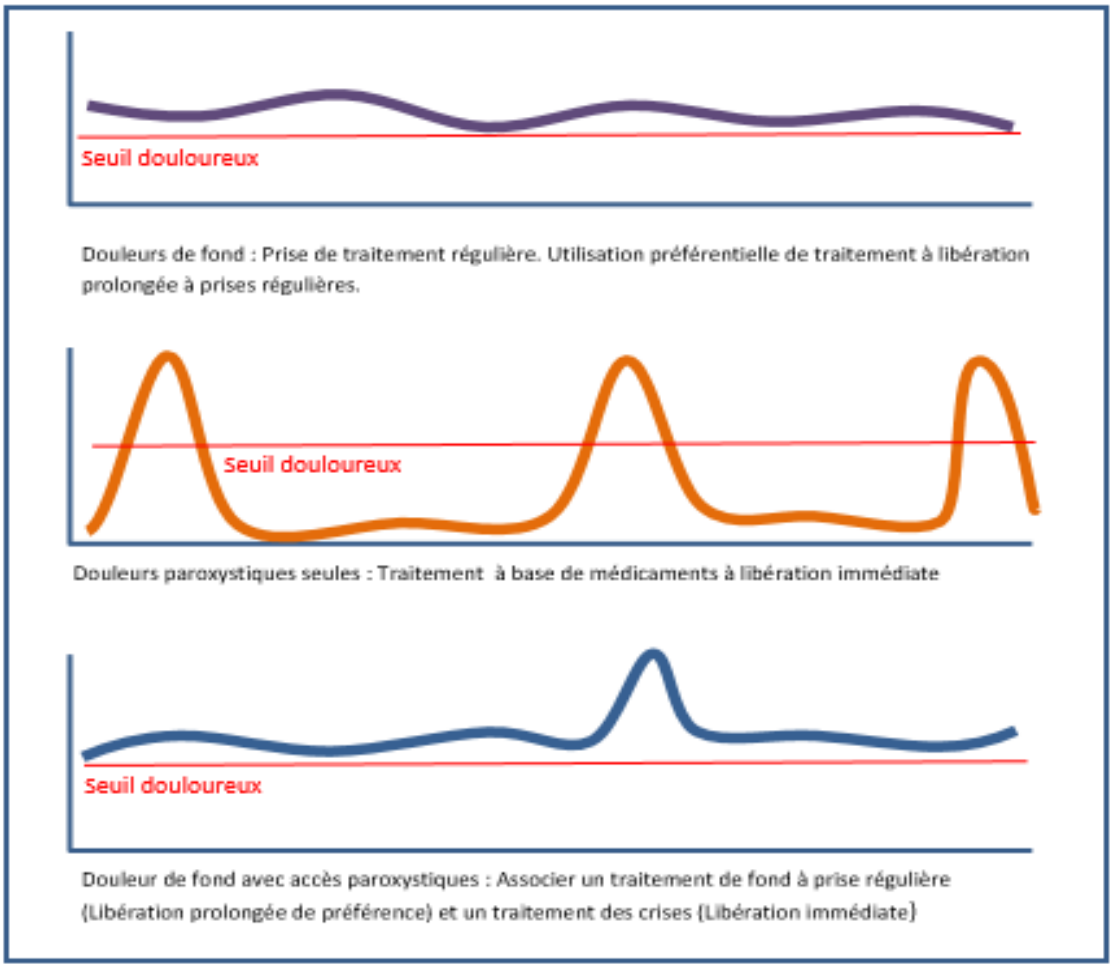
| | **Douleur par excès de Nociception** | **Douleur neuropathique** |
|---|---|---|
| ***Physiopathologie*** | Excès de stimulation<br>Des nocicepteurs, somatique, viscéral | Lésion nerveuse périphérique où<br>Central<br>Dysfonctionnement du SN |
| ***Caractères sémiologiques*** | Très variées<br>Continues, intermittentes | Continue<br>Paroxystique |
| ***Topographie*** | Non neurologique<br>Régionale | Neurologique |
| ***Examen neurologique*** | Normal | Anormal (hypoesthésie, anesthésie,<br>Allodynie) |

➢ *Classification selon l'évolution de la douleur*

La douleur cancéreuse est particulière dans son évolution temporelle, elle se manifeste sous forme de fond douloureux et d'accès douloureux paroxystique, dont l'évaluation exhaustive est primordiale pour une prise en charge efficace.

- **La « douleur de fond »** est la sensation continue, persistante et stable de la douleur qui doit être contrôlée par des antalgiques à prise régulière.
- **L'accès douloureux** représente une exacerbation paroxystique de la sensation douloureuse, d'intensité plus importante et transitoire qui peut être prévisible (Mobilisation, prise de repas, soins, défécation …) ou imprévisible. L'accès douloureux doit être contrôlé par des antalgiques à délai d'action rapide à la demande (soit pour répondre à l'accès douloureux soit pour l'anticiper)
- De plus, le patient subissant une douleur cancéreuse, souffre, comme tout patient ayant une douleur chronique, du phénomène de **« douleur de fin de dose ».** Il se définit comme une douleur apparaissant avant l'horaire de la prise suivante.

**Fig. 1 : Classification de la douleur selon l 'évolution**




## 4. Évaluation de la douleur

### a. Pourquoi

L'évaluation de la douleur est une étape indispensable au traitement. Elle est confrontée à la difficulté que l'expression de la sensation douloureuse est subjective. Néanmoins, le praticien à la nécessité de mesurer les différentes composantes de la douleur, tout en donnant une part importante à l'expression du ressenti du patient (*il faut le croire*).

Au final l'évaluation doit permettre de quantifier l'intensité de la douleur afin de prescrire le traitement adéquat pour ensuite évaluer l'efficacité de ce traitement.

### b. Localisation : Où ?

Il faut demander au patient de désigner la localisation de la douleur, superficiel ou profonde, son caractère mobile ou fugace et ses irradiations.

La localisation de la douleur est parfois difficile à préciser par le malade notamment en cas de douleur intense (agitation) en chez le patient épuisé par la douleur et apathique.

Parfois le patient est victime d'un envahissement par le phénomène douloureux « j'ai mal Partout ».

Enfin, toujours demander au patient si cet épisode douloureux lui rappelle un épisode similaire ou proche dans le passé.

### c. Evolution : quand ?

Evaluer les horaires de survenue de la douleur et son évolution dans le temps :

- La douleur permanente : Est-elle permanente au cours de la journée ? Comment évoluent-elles ? Est-elle globalement stable ou présente-t-elle des variations d'intensités ?
- La douleur intermittente : ressemble-t-elle à la douleur de fond ? S'agit-il de réactivation de la douleur ou d'autres types de douleur ? Quelle est son évolution nycthémérale ?
- Evolution globale dans le temps : Comment les douleurs ont évolué au cours des derniers Jours ? Sont-elles stables, plus faibles, plus intenses Cette évolution est-elle reliée à des Évènements survenus récemment, qu'ils soient rapportés par le patient ou sa famille.

### d. Description : comment ?

Cette étape a pour objectif de laisser le patient exprimer et verbaliser le ressenti de la douleur. Des tables d'aide à l'expression peuvent être utilisées comme le Questionnaire de la Douleur de Saint Antoine (Annexe). La description permet aussi de s'orienter vers le type de douleurs (Décharges électriques, fourmillement oriente vers une douleur neuropathique). Il faut rechercher :

**Les facteurs aggravants tels :**

- Une douleur provoquée : mobilisation, contacts physiques (pression, le chaud, le froid)
- Une douleur iatrogène ou induite …

**Et /ou des facteurs soulageant tels :**

- La position, le contact physique
- L'environnement …

Le retentissement de la douleur et de ses traitements sur la qualité de vie doit faire partie de l'évaluation itérative de chaque patient présentant une douleur chronique cancéreuse. Elle se base sur l'utilisation de questionnaires spécifiques comme le Bref pain inventorie (BPI) et le MD Anderson Symptôme Inventory (MDASI) (annexe).

### e. Intensité : combien ?

Il existe différentes échelles pour l'évaluation de l'intensité de la douleur. Elles peuvent être de Type :

- **Autoévaluation** : par le malade
- **Hétéro évaluation** : par le praticien ou la famille

Elles peuvent être unidimensionnelles (évaluation d'une seule grandeur numérique) où Pluridimensionnelle (aboutissant à un score composite). Les plus utilisées sont :

- **L'échelle verbale simple**
- **L'échelle visuelle analogique**
- **L'échelle numérique**

Pour le patient non communiquant, il existe d'autres échelles plus spécifiques ; celle recommandée est **la Doloplus-2**

- **L'échelle verbale simple**

| Réponse verbale | Cotation |
|---|---|
| Douleur nulle | 0 |
| Douleur faible | 1 |
| Douleur moyenne | 2 |
| Douleur forte | 3 |
| Douleur insupportable | 4 |

- **L'échelle numérique**
  - Elle demande au patient de coter sa douleur d'une échelle de 0 à 10 ou de 0 à 100
    - 0 = représentant l'absence de douleur
    - 10/100 = représentant la douleur maximale IMAGINABLE
  - Elle est facilement comprise et simple d'utilisation

- **L'échelle Visuelle analogique**
  - Elle utilise une interface de type réglette avec un curseur mobile, et deux faces (Une vers le patient et une vers le praticien)
  - Le patient déplace le curseur d'une extrémité à une autre de la réglette
    - Extrémité absence de douleur
    - Extrémité douleur maximale IMAGINABLE
  - Du côté praticien, la position du curseur donne une cotation numérique que le patient ne voit pas, ceci permet d'éviter sa mémorisation de la réponse donnée (avantage par rapport à l'échelle numérique)

- **Doloplus-2**
  - Est une échelle composite réalisée en hétéro évaluation
  - Elle comporte différents items cliniques et comportementaux recueillis par observation et interaction avec le patient
  - Elle délivre un score qui permet de coter la douleur
  - Ce score est utilisable pour évaluer l'efficacité d'un traitement
  - Elle est adaptée au patient non communicant

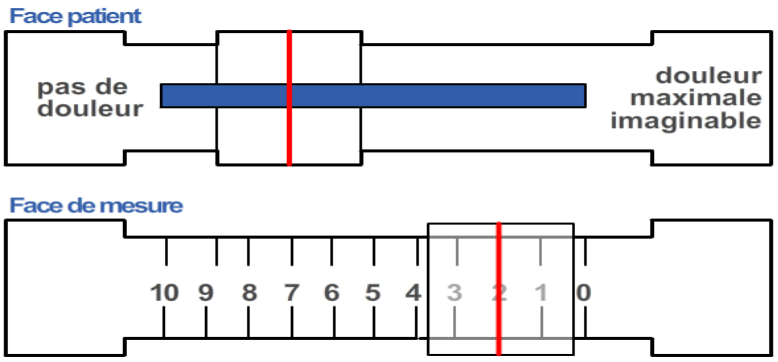



*Fig. 2 : Echelle visuelle analogique (EVA)*

## 5. Prise en charge thérapeutique :

### A. Douleur neuropathique

#### a. Principes de la prescription des antalgiques :

Cinq principes essentiels sont à connaître et à appliquer. Ils ont été rédigés sous forme de Standards, Options et Recommandations en 2002, et font actuellement référence :

- **prescription par voie orale** : La voie orale doit toujours être privilégiée pour l'administration des analgésiques chaque fois que possible. En cas de dysphagie, de vomissements ou d'obstruction gastro-intestinale, la voie rectale peut être une alternative tout comme la voie sous-cutanée sous forme d'une perfusion continue à l'aide de pompe

- **prescription à intervalle régulier** : Les analgésiques doivent être prescrits à intervalles de temps réguliers, et la dose suivante doit être administrée avant que l'effet de la précédente se soit totalement estompé, permettant un soulagement continu de la douleur

- **prescription en respectant l'échelle à trois niveaux de l'OMS :** L'OMS a établi une échelle d'analgésie à trois paliers :

* premier niveau : antalgiques non opioïdes pour douleurs faibles à modérées,

*deuxième niveau : antalgiques opioïdes pour douleurs modérées à intenses,

*troisième niveau : analgésiques opioïdes pour douleurs intenses à très intenses.

- **prescription personnalisée :** Il n'existe pas de posologie usuelle ou maximale pour les opioïdes forts, la dose de morphine pouvant ainsi varier de 5 mg à 1 000 mg toutes les quatre heures. La dose usuelle pour un patient correspond donc à celle qui permet un soulagement de la douleur.

- **prescription avec un constant souci du détail** : Une prise en charge efficace de la douleur nécessite une administration régulière, par exemple toutes les quatre heures pour la morphine par voie orale. La première et la dernière dose de la journée doivent être adaptées aux horaires de lever et de coucher du patient. Généralement, les autres doses sont réparties dans la journée, par exemple 10 heures, 14 heures et 18 heures. Un tel schéma thérapeutique permet un meilleur équilibre entre la durée de l'effet analgésique et la sévérité des effets indésirables. Il est conseillé au patient de tenir un cahier de suivi sur lequel il note l'ensemble des médicaments pris au cours de la journée avec leur dose. Le médecin doit également expliquer au patient les effets indésirables liés à son traitement.

### b. Les trois paliers des antalgiques

La douleur nociceptive doit être traitée selon les recommandations de l'échelle de l'OMS.

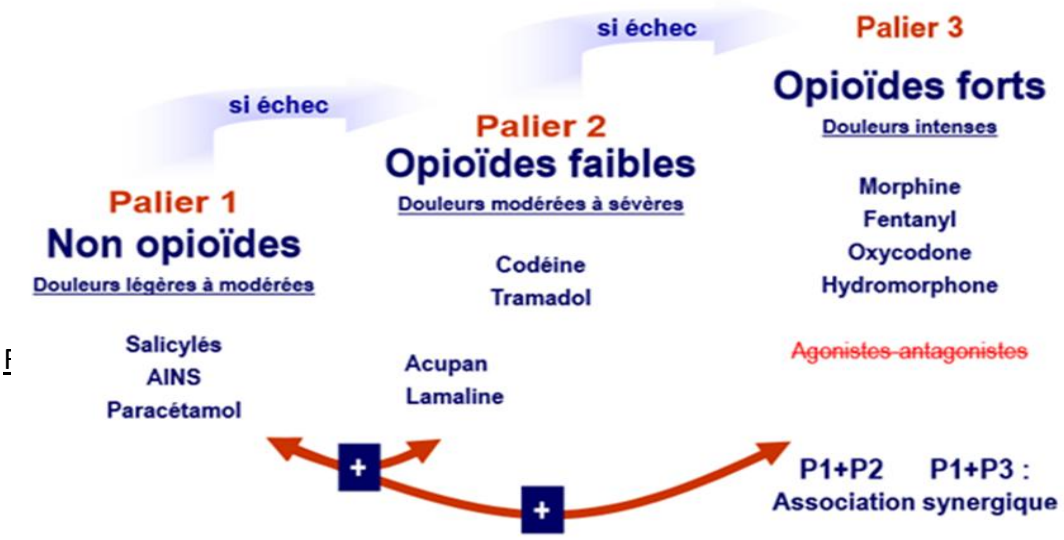
- Palier 1 : douleur faible, antalgiques non opioïdes
- Palier 2 : douleur modérée opioïdes faibles
- Palier 3 : douleur intense, opioïdes forts

#### i. Traitement des douleurs cancéreuses légères avec des médicaments du palier 1 de l'OMS

A la fois le paracétamol et les différents anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) se sont avérés être plus efficaces que le placebo pour le traitement des douleurs cancéreuses légères. Il n'existe pas de preuve indiquant la supériorité d'un AINS par rapport aux autres en termes d'efficacité. Ainsi, d'après le palier 1 de l'OMS, tous les AINS, les coxibs, le paracétamol et le métamizole peuvent en principe être utilisés en cas de douleurs légères. Même en cas de douleurs plus intenses impliquant l'application du palier 3 de l'OMS, l'ajout de paracétamol et/ou d'AINS peut permettre de réduire la dose des opioïdes et d'obtenir une amélioration des douleurs et de la qualité de vie. Bien entendu, dans le cadre du traitement des douleurs cancéreuses également, il convient d'examiner de façon critique et à intervalles réguliers l'indication d'un traitement à long terme par AINS/coxibs en termes d'effets indésirables cardiovasculaires, rénaux et gastro-intestinaux.

### ii. Rôle secondaire du palier 2 de l'OMS

Les douleurs légères à modérées sont traditionnellement traitées au moyen des opioïdes faibles : le tramadol et la codéine, ces deux substances ayant montré une efficacité bien meilleure que celle du placebo dans les quelques études contrôlées disponibles. Le tramadol est également efficace pour réduire les douleurs neuropathiques. Ce deuxième palier de l'OMS joue toutefois un rôle secondaire dans le traitement des douleurs cancéreuses. L'une des principales critiques concerne l'absence de preuve d'une meilleure efficacité de ces médicaments par rapport au groupe des antalgiques non opioïdes. Par ailleurs, les opioïdes forts du palier 3 sont à présent disponibles à des dosages si faibles qu'il est possible de faire l'impasse sur le palier 2.



| Type de douleur | Paliers | Classe | Traitement | Dose initiale | Doses maximales | Observations |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Traitement de la douleur par excès de nociception | I | | *Paracétamol* | 1 g/8h | 4 g /j | Peuvent être associés à un Palier II ou III |
| | | | *Nospam* | 80 mg/j | 120 mg/j | |
| | | AINS | *Aspirine* | 2 g /j | 6 g/j | |
| | | | *Ibuprofène* | 600 mg/8h | 600 mg/6h | |
| | | | *Diclofenac* | 50-100 mg/8h | | |
| | | | *Kétoprofène* | | | |
| | II | Opioïdes faibles | *Codéïne* | 90 mg/j | 240 mg /j | Ne pas associer au palier III |
| | | | *Tramadol* | 150 mg/j | 400 mg/j | |
| | III | Opioïdes forts | *Morphine* | 1 mg/kg/j | Pas de dose max | |
| | | | *Oxycodone* | | | |
| | | | *Hydromorphone* | | | |
| | | | *Fentanyl* | | | |
| | | | *Méthadone* | | | |

### iii. Titration ou comment initier un traitement à base de morphine

**Morphine : Mythes et dogmes**

La morphine est le produit de référence en matière d'analgésie. Malheureusement elle souffre d'une réputation négative se retrouvant dans les mythes et dogmes qui nuisent à la généralisation de son utilisation.

Tout d'abord, La morphine est souvent associée à la fin (mort-fin), à la mort, à la phase terminale. Pourtant, son étymologie fait référence à *morphée*, la déesse du sommeil.

Sur un plan plus médical il existe de nombreux frein à l'utilisation de la morphine, ils sont en rapport avec :

- A la sous-estimation de la douleur de la part des soignants
- A la méconnaissance des praticiens des propriétés pharmacodynamique de la molécule
  - * La peur des effets indésirables et notamment de la détresse respiratoire, Anecdotique en cas d'utilisation standard
  - * La peur de l'addiction
  - * La méconnaissance des protocoles d'utilisation
  - * La législation : Impose le recours à l'utilisation du carnet à souche, qui n'est pas généralisé et pourtant d'accès facile auprès de la Direction du Médicament et des Stupéfiants du Ministère de la Santé
  - * Non disponibilité auprès de toutes les officines dues aux contraintes législatives

Il n'y a quasiment pas de risque de détresse respiratoire ni d'addiction en cas de bonne utilisation de la morphine. Il n'y a pas de dose maximum de morphine.

• **Principe de la titration** : elle consiste à déterminer pour un patient donné dans une situation donnée la dose nécessaire de morphine pour une PEC efficace et de la qualité de la douleur afin d'avoir un EVA < 3.

• **Modalités de titration par voie Orale :**

Par morphine à libération immédiate : administrer de la MLI à intervalles réguliers toutes les 4h si EVA >3 (DOSES DE BASE (DB)). Il est possible de renouveler la prise de MLI jusqu'à soulagement de la douleur (EVA <3) (doses de secours (DS)). Quand le patient est soulagé, il faut transformer la posologie de MLI en équivaut LP : (DB+DS) /2 = DOSE DE MLP /12h.

Utilisation combinée de MLI et MLP : associer un traitement à libération retardée prenant en charge la douleur sur l'ensemble du nycthémère et de prévoir la possibilité de prises d'interdoses de MLI pour optimiser la PEC.

✓ **Le choix de l'interdoses**

La posologie de l'interdoses se situe entre 1/6 – 1/10 de la morphine prise par 24h. il faut toujours privilégier la voie orale sinon la voie parentérale la moins invasive (sous cutanée).

✓ **Adaptation du traitement au profil de la douleur**

**Douleur de fond non ou mal équilibrée** : c'est le cas du patient présente des douleurs malgré le traitement et/ou qui a recours à plus de 4 interdoses. Dans ce cas il faut augmenter le traitement morphinique de fond 25-50% /24-48 ou intégrer dans la posologie totale l'ensemble des interdoses

**Douleur de fond équilibrée mais associée à des douleurs intercurrentes** : par la survenue d'ADPC Qui doivent être traités par un opioïde à LI ou part des douleurs induites qui doivent être anticipées et prévenues.

**Tableau 3 : différentes formes de morphines disponibles**

| Traitement | Unité | Présentation | Délai D'action | Durée D'action | Voie | Equivalent à 30 Mg de morphine orale |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Libération prolongée* | | | | | | |
| Morphine | Mg | 10 / 30 / 60 / 100 | 4h | 12h | Oral | 30 |
| Oxycodone | Mg | 10 / 20 / 40 / 80 | 4h | 12h | Oral | 15 |
| Hydromorphone* | Mg | 4 / 8 / 16 /24 | 4h | 12h | Oral | 4 |
| Fentanyl | | 12.5*/ 25 / 50 / 75 / 100 /150 | 12h | 72h | Patch | 12.5 |
| *Libération immédiate* | | | | | | |
| Morphine | Mg | 10 / 20 | 30 à 45min | 4h | Oral | |
| Oxycodone | Mg | 5 / 10 / 20 | 30 à 45min | 4h | Oral | |
| Fentanyl* | | 100 / 200 / 400 / 600 / 800 / 1200 / | 10-15 Min 5 min pour la | | Suzettes / Spray intranasal / Cap sub- | |
| | | 1600 | voie intra-nasale | | lingual | |
| *Injectable* | | | | | | |
| Morphine | Mg | 10 | 10 min | 4h | IV | 10 |

*Non disponible au Maroc

### c. Principes de rotation des opioïdes

La rotation des opioïdes se définit par le changement d'un opioïde par un autre et se pratique en cas de diminution du ratio bénéfice/risque. Son indication principale est la survenue d'effets indésirables rebelles (troubles des fonctions cognitives, hallucinations, mycologies et nausées) malgré un traitement symptomatique adéquat. L'autre indication, exceptionnelle, est la survenue d'un phénomène de résistance aux opioïdes, définit par une absence d'antalgie mais aussi d'effets secondaires malgré une augmentation massive et rapide des doses.

La rotation des opioïdes est purement empirique en raison de la connaissance imparfaite des mécanismes physiopathologiques des douleurs cancéreuses et du mode d'action intime des opioïdes. Trois hypothèses justifient le recours à cette pratique :

- **des mécanismes d'action différents selon les opioïdes** : les différents opioïdes interagissent différemment sur les principaux récepteurs mus, delta et kappa. Ceci pourrait s'expliquer par une action sur des sous-types de récepteurs différents (mu 1 ou mu 2). Il est donc envisageable qu'en fonction du type de douleur et du contexte un opioïde soit plus pertinent qu'un autre,

- **un métabolisme différent selon les opioïdes** : les opioïdes n'ont pas les mêmes voies de biotransformation et les différents métabolites pourraient avoir un rôle non seulement dans les effets antalgiques mais aussi dans les effets indésirables. L'accumulation des métabolites en raison d'une insuffisante rénale ou hépatique favorise la survenue d'effets indésirables comme la somnolence, la confusion, les hallucinations, les nausées ou les vomissements.

- **La tolérance croisée partielle entre opioïdes** : la tolérance ou l'accoutumance se définit comme la nécessité d'augmenter les doses d'un opioïde donné pour obtenir le même effet. Le développement d'une tolérance vis-à-vis de l'effet antalgique des opioïdes reste limité mais peut conduire à une augmentation progressive des doses avec pour conséquence l'apparition ou l'aggravation de certains effets indésirables. Les mécanismes en cause dans le développement de cette tolérance sont complexes mais laissent envisager la possibilité soit d'une modification des récepteurs opioïdes soit de la mise en jeu de peptides « anti-opioïdes ».

Il est possible de réaliser une rotation des opioïdes entre tous les agonistes purs. Les données actuelles ne permettent pas de recommander un ordre de rotation ou un opioïde plutôt qu'un autre.

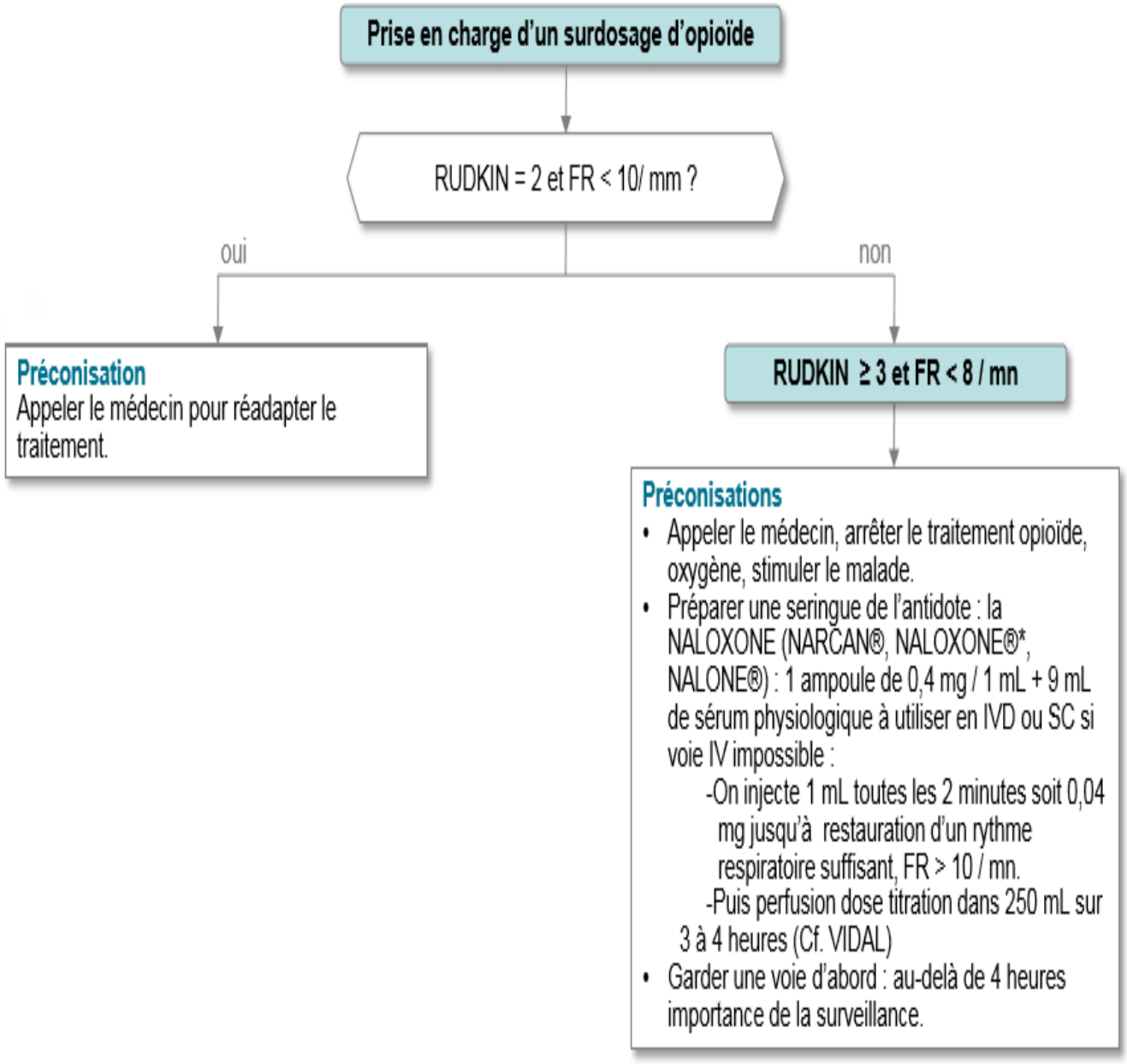
La rotation doit tenir compte des doses équianalgésiques. Il est toujours conseillé de privilégier la sécurité à la rapidité d'action en prenant la valeur la plus faible des coefficients de conversion (Annexes).

### d. Gestion des effets indésirables des opioïdes :

Les plus fréquents en début de traitement sont la constipation, les nausées / vomissements, les troubles dysphoriques, la somnolence. Apparaissant plus volontiers en cours de traitement le prurit, la rétention urinaire, les hallucinations, …

**Surdosage d'opioïde :**

C'est le risque principal, bien qu'exceptionnel si les règles de prescription sont bien suivies. On le reconnaît devant une somnolence importante et l'apparition d'une dépression respiratoire avec bradypnée à moins de 10 inspirations / mn.




**Constipation :**

• Hygiène de vie

• Diététique

• Traitement préventif des paliers II et III :

- Lubrifiant à huile de paraffine,

- Laxatif osmotique : MOVICOL®, FORLAX®

• Traitement curatif

- Laxatif péristalgène : MODANE®, JAMYLENE®

- et un lavement évacuateur : MICROLAX®, NORMACOL®

Remarque : possibilité d'associer plusieurs classes

• Voir recommandations SFAP : La constipation sous opioïdes, conseils hygiéno-diététiques La constipation chez le patient relevant de soins palliatifs, prévention et traitement hors conseils hygiéno-diététiques.

**Confusion / hallucination :**

• Rechercher systématiquement une étiologie (troubles métaboliques, fécalome, globe vésical, insuffisance rénale, métastases cérébrales, troubles psychologiques, iatrogènes …)

• Diminuer les doses d'opioïdes.

• Eventuellement HALDOL à 2mg / ml : 2 gouttes, 3 fois par jour.

• Eventuellement rotation des opioïdes.

**Nausée, vomissement :** Traitement adapté au mécanisme avec par exemple :

• Par stase gastrique : PRIMPERAN® ou MOTILIUM®

• Par stimulation de la zone gâchette : HALDOL® à 2 mg /ml : 5 gouttes, 3 fois par jour pour débuter.

**Somnolence :** Ne pas confondre la somnolence pathogène avec « la dette de sommeil » au début du traitement opioïde.

**Prurit :**

• Traitement spécifiques diminuer la posologie de 25 %.

• Rotation des opioïdes.

• Agoniste-antagoniste : nalbuphine NUBAIN® 0,2-0,4 mg/kg/24h au PSE en continu (accord professionnel)

**Rétention urinaire :**

• Sondage évacuateur.

• XATRAL 10 LP 1 CP

## B. PEC d'une douleur Neuropathique (DN)

### a. Principe

La prise en charge de la douleur neuropathique est complexe et difficile. Il n'existe pas de traitement étiologique efficace. Les connaissances reposent sur des extrapolations de recommandations faites pour traiter les DN non cancéreuses. Ceci implique le recours à des traitements coadjuvants en plus des antalgiques habituellement utilisés.

L'utilisation de ces produits impose une éducation du patient concernant

- la compréhension de ses symptômes et leur signification
- les effets des traitements sur la douleur et les effets indésirables
- la nécessité de titrer ces molécules
- les délais d'action et de réponse au traitement longs
- les résultats attendus exprimé en objectif de réduction d'intensité et d'inconfort.

### b. Moyens thérapeutiques

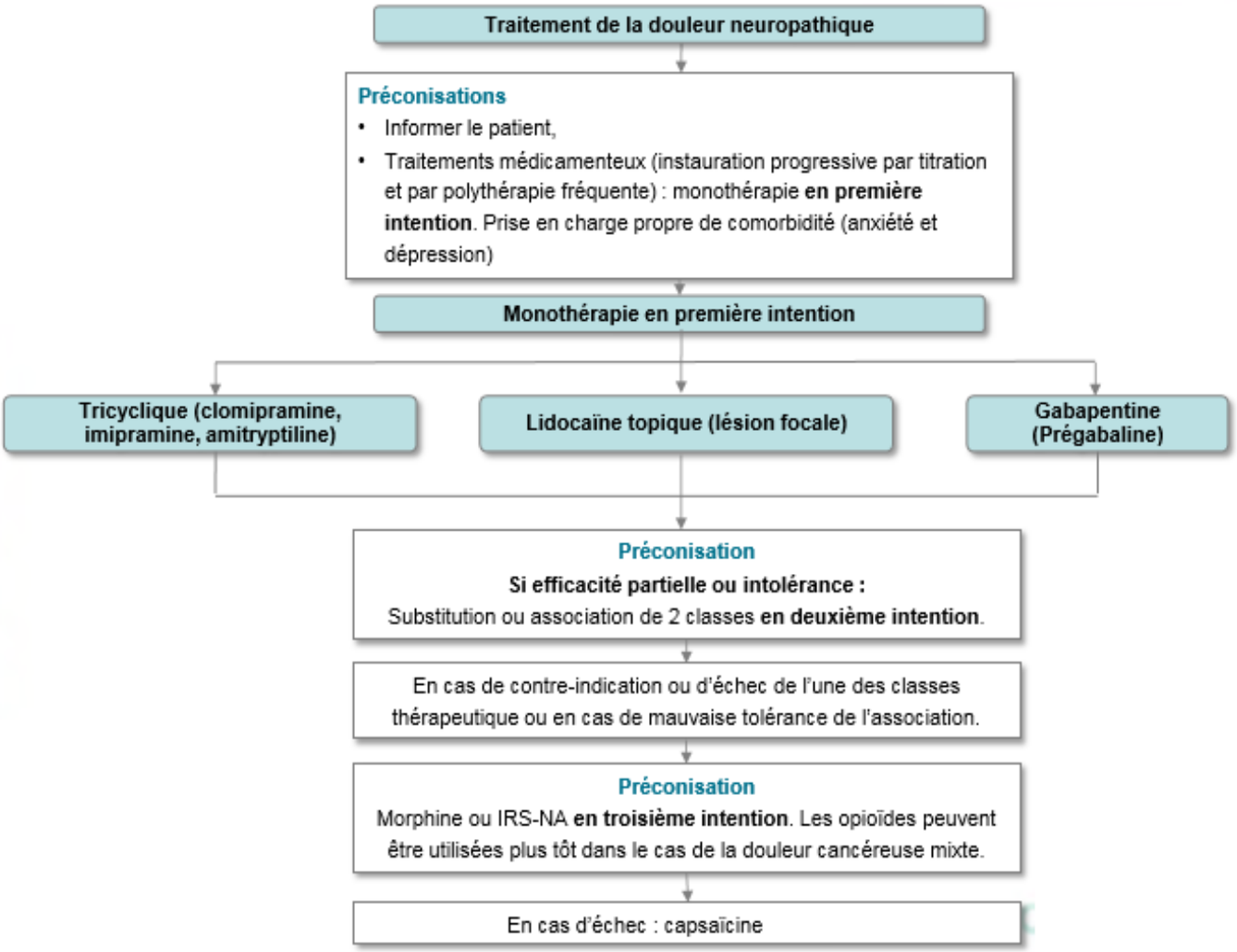
Il faut retenir, que globalement, les médicaments cités ci-après, exposent à de nombreux effets indésirables, impliquant la nécessité de titration. D'autre part le résultat de leur utilisation ne doit être évalué qu'à partir de 6 semaines après le début du traitement. Il est important d'en informer le patient afin de maintenir à taux d'observance thérapeutique élevé.

| Type De dol | Paliers | Classe | Traitement | Dose initiale | Doses Maximales | Effets secondaires |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Traitement T de la douleur neuropathie | | Antiépileptiques | *Préalpine* | 75 mg/j | 600 mg/j en 2 Prises | Asthénie, somnolence, Nausées, anorexie, sécheresse de la bouche, céphalées, vertiges, prise |
| | | | *Gabapentine* | 300 mg/j | 3600 mg/j en 3 Prises | |
| | | | | | | De poids, œdèmes |
| | | Antidépresseur Rp tricycliques | *Amitryptyline* | 10 mg/j | 75 à 150 mg/j | Dysurie, sécheresse de la bouche, céphalées, constipation, sueurs, hypotension orthostatique, vertiges, somnolence, tachycardie, |
| | | Anesthésique Local | *Lidocaïne* | 1 à 3 emplâtre /j | | |
| | | Opioïde faible | *Tramadol* | 150 mg/j | 400 mg/j | Nausées, vomissements, constipation |
| | | Opioïde fort | *Méthadone** | | | |

*Mention spéciale : La méthadone fait partie de l'arsenal thérapeutique des douleurs neuropathiques. Cependant dans notre contexte national, elle est réservée comme produit de substitution pour les patients toxicomanes.

### c. Modalités de prescription :

Les modalités de prescription se font selon le schéma ci-dessous



### 6. Les co antalgiques

- **Corticoïdes**

Les corticoïdes sont d'utilisation très fréquente. La dexaméthasone est la molécule la plus utilisée et la plus efficace. Ils agissent par le biais de leurs effets anti inflammatoires et anti œdémateux sur la composante neuropathique.

Il faut respecter les modalités d'usage des corticoïdes, à savoir :

- Il ne faut pas les associer à des antiinflammatoires non stéroïdiens
- Les prendre le matin
- Adjoindre un inhibiteur de la pompe à protons
- Prescrire une alimentation adapté (réduire teneur en sel, éviter les boissons abondantes, supplémentation potassique au long cours)
- Réduire les doses progressivement si le traitement est prescrit plus de 15 jours.

- **Bisphosphonates**

Améliore la prise en charge de la douleur des métastases osseuses

- **Antispasmodiques**

Douleur spasmodique dans le cadre des syndromes occlusifs et sub-occlusifs.

- **Les anxiolytiques :**

Les benzodiazépines, lorsqu'un syndrome anxieux est authentifié chez un patient doivent être introduites de façon prudente. Elles risquent d'induire ou de majorer la survenue d'effets secondaires indésirables (somnolence). Il est donc recommandé de mettre en place dans un premier temps un traitement antalgique adéquat (la douleur étant génératrice d'anxiété) et seulement ensuite de traiter l'anxiété si elle persiste (anxiolytique, mais aussi relaxation, psychothérapie de soutien …).

- **Techniques spéciales et/ou invasives**

Le praticien peut faire appel à d'autres techniques de prise en charge de la douleur se basant essentiellement sur les techniques d'anesthésie/analgésie loco régionale, certes plus invasives, mais plus efficaces sur les douleurs réfractaires. Le recours aux pompes à morphine permet une autonomisation des patients. Ces techniques sont du ressort de spécialistes.

### 7. Traitements non médicamenteux

- **Le Transcutanés Electric al Nerve Simulator (TENS) :** est une méthode de traitement symptomatique de la douleur nociceptive utilisant une neurostimulation par un courant électrique à l'aide de patch.

- **Radiothérapie décompressive et antalgique** : Il s'agit d'une technique de rayonnement ionisant efficace et en amélioration constante qui permet de traiter es douleurs secondaires aux métastases osseuses et/ou aux compressions médullaire.

- **Thérapies complémentaires (Annexes)**

Dans la stratégie de prise en charge d'une douleur cancéreuse chronique, il faut appliquer le principe de multidisciplinarité afin d'optimiser le résultat. Les techniques de relaxation, de massage, de kinésithérapie, d'ergothérapie, d'hypnose doivent être proposées au patient.

**Le ténesme rectal en soins palliatifs**

Le ténesme rectal est une sensation douloureuse de plénitude rectale accompagnée d'une sensation pressante et continuelle d'aller à la selle à cause de l'inflammation et/ou envahissement de la paroi rectale ou anale par une tumeur.
Cette douleur peut être mixte avec une composante neuropathique secondaire à l'envahissement du plexus lombosacré dans les tumeurs rectales ou pelviennes (notamment le cancer du col) ce qui oblige à instaurer un traitement par les antalgiques de l'échelle de l'OMS associés à un traitement coadjuvants pour son contrôle :

- Corticothérapie
- Anesthésiques locaux par voie rectale
- Anticonvulsivants (gabapentine, préalpine)
- Anticholinergiques quand la douleur se présente sou forme d'accès douloureux intermittents
- Cryothérapie par sonde rectale quand la douleur est continue

Une radiothérapie antalgique peut être également envisagée.

Vu son caractère mixte, souvent cette douleur devient difficile à contrôler voir réfractaire aux traitements habituels ; dans ce cas le patient devrait être pris en charge par une unité de douleurs rebelles (UDR), à ce niveau plusieurs techniques peuvent être envisagées :

- Neurale du plexus hypogastrique ou sacré
- Bloque sympathique
- Cryo analgésie du ganglion de Walter
- Analgésies par voie spinale ou d'autres techniques invasives.

*L'évaluation des autres symptômes peut utiliser à l'instar de l'évaluation de la douleur les mêmes échelles unidimensionnelles d'autoévaluation (EVA, ENS), pour évaluer l'intensité du symptôme Ainsi que de son évaluation*

## III. PEC des symptômes systémiques :

### 1. Asthénie

➢ **Définition :**

L'asthénie est définie comme l'absence ou perte de force ou d'énergie qui comporte 3 dimensions ; fatigue, faiblesse, manque de concentration. Contrairement à la fatigue ressentie par un individu sain, dans la maladie chronique, elle est disproportionnée par rapport à une activité ou un effort, et peut être écrasante à tous niveaux- physique, émotionnel et social. En cancérologie, on utilise indifféremment le terme de fatigue ou asthénie.

L'asthénie est un symptôme fréquent chez le patient en phase terminale (90% des patients atteint de cancers). Elle est présente même au repos qui ne l'améliore pas. Elle dégrade progressivement la capacité fonctionnelle et peut être accompagnée de myalgies généralisées.

➢ **Etiopathogénie :**

Sa physiopathologie est très complexe, et non encore élucidée, la fatigue est peut-être due à :

- Un hyper catabolisme musculaire et un hypo anabolisme
- Inflammation chronique : augmentation du taux de cytokines (TNF, IL-1, IL-2 et IL-6)
- Perturbation du nycthémère et du rythme du sommeil (rôle de l'EGFR, taux de cortisol et de sérotonine)
- Perturbation des différents contrôles de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

Les causes les plus fréquentes sont :

- Cancer en stade avancé ;
- Syndromes paranéoplasiques ;
- Effets secondaires du traitement (CHT, RTH) ;
- Sensibilité aux opioïdes ;
- Malnutrition, déshydratation ;

- Troubles métaboliques ;
- Anémie ;
- Dépression ;
- Altération du rythme de sommeil-vigilance ;
- Douleur chronique non soulagée.

**Critères de l'asthénie tumorale**

Les symptômes suivants doivent être présents quotidiennement pendant au moins 2 semaines pendant le dernier mois.

1. Fatigue significative (diminution de l'énergie ou besoin majeur de se reposer de façon non
   Proportionnelle à l'activité physique). Définie par la présence de 5 ou plus des situations suivantes :
   - Fatigue généralisée, pesanteur des membres
   - Capacité de concentration diminuée
   - Peu de motivation ou intérêt pour les activités habituelles
   - Insomnie, hypersomnie ou sommeil non réparateur
   - Besoin de fuir certaines activités
   - Fragilité émotionnelle face à cette asthénie
   - Problème de mémoire à court terme
   - La fatigue se prolonge pendant plusieurs heures après une activité banale.
2. Répercussion significative clinique et sociale sur le patient
3. Imputable au cancer ou secondaire au traitement.
4. Non secondaire à une comorbidité psychiatrique (dépression majeure, troubles de somatisation ou délires).

➢ **Prise en charge de l'asthénie :**

- **Prévention de la fatigue**

1.Favoriser une activité aérobie dès le début de la prise en charge, y compris pendant la chimiothérapie, les thérapies ciblées et la radiothérapie.

Exemples :

- Marche, aquagym, gymnastique douce, activité en salle…
- Dans certaines cas, possibilité d'exercer une activité professionnelle

- 3 à 5 séances hebdomadaires de 20 à 30 min par séance

2.Prévenir la dénutrition

2.Prévenir la dénutrition

3.Traiter la douleur dès qu'elle apparaît

4.Dépister et prendre en charge les troubles psychologiques

- **Prise en charge symptomatique de la fatigue (Annexes)**

**Règles générales**

- Rassurer les patients
- Ne pas conseiller le repos ou la sieste: un repos trop important dans la journée peut perturber le sommeil nocturne
- Favoriser des siestes courtes
- Poursuite de l'activité professionnelle +/-:
- permet de garder un équilibre
- permet de ne pas toujours penser à la maladie
- possibilité d'adaptation du temps et du poste de travail
- rôle du médecin du travail

**Favoriser les techniques d'économie d'énergie**

- Hiérarchiser les objectifs journaliers
- Déléguer certaines tâches
- Répartir les tâches ménagères sur la semaine
- Aménager des pauses dans la journée
- Aide à domicile
- Intérêt des relations avec les organismes sociaux
- Organiser des séjours de répit
- L'hospitalisation à domicile

## Réhabilitation physique +++

- Diminution de 30% du niveau de fatigue quelque soit le stade de la maladie
- Planifier une activité physique dès le début de la prise en charge
- Préconisation d'au moins 30 min, 2 à 5 fois par semaine

## Prise en charge nutritionnelle

- **Evaluation nutritionnelle:**
  - ✓ Clinique: interrogatoire (mode de vie, conditions sociales, habitus…)
  - ✓ Poids/taille
  - ✓ Variation de poids et vitesse d'amaigrissement
  - ✓ Enquête alimentaire: évaluation de la prise alimentaire
  - ✓ Biologie: albumine et pré-albumine

- **Détermination des besoins énergétiques:**
  - ✓ Augmentation de 50% des dépenses chez un patient atteint d'un cancer
  - ✓ Besoins énergétiques de bases: 25-35 kcal/kg/jour (70% glucides, 30% lipides)
- **Stratégies de prise en charge nutritionnelle : Différentes possibilités:**
  - ✓ pas de dénutrition: surveillance alimentaire
  - ✓ dénutrition modérée: intervention diet(supplémentations maison, compléments nutritionnels oraux +/-nutrition artificielle)
  - ✓ dénutrition sévère: discussion d'une nutrition artificielle

## Approche médicamenteuse :

- ✓ traitement d'une anémie, hypothyroïdie
- ✓ traitement de la douleur
- ✓ pas d'intérêt des corticoïdes, progestatifs, L Carnitinepas rapport à un placebo
- ✓ intérêt potentiel du Guarana
- ✓ intérêt non confirmé des amphétamines, du Ginseng
- ✓ inclusion dans des protocoles

## Approche psychologique

- ✓ favoriser la verbalisation
- ✓ rechercher des symptômes de dépression

- ✓ intervention du psychologue si impact sévère sur la vie quotidienne, la qualité de vie
- ✓ se sentir mieux dans son corps (socio-esthétique, kiné, activité physique…

### 2. Anorexie (Anorexie-Cachexie)

➢ **Définition :**

L'anorexie est définie comme une perte ou absence complète d'appétit, de la sensation de faim, Avec un dégout de la nourriture ou satiété précoce après quelques bouchées.

Il s'agit d'un symptôme difficile à contrôler, constamment présent pendant les 2-4 dernières semaines de vie et souvent associée au syndrome cachexie-anorexie (manque d'appétit, amaigrissement, perte de masse musculaire et tissu adipeux).

➢ **Etiopathogénie :**

L'anorexie chez le patient atteint de cancer est due principalement à :

- ✓ Des causes digestives : nausées, vomissements, atteinte buccale avec ou sans altération du gout, dysphagie, vidange lente du contenu gastrique, constipation...
- ✓ La masse tumorale (tumoral Buren)
- ✓ Une douleur non soulagée
- ✓ Une dépression et/ou une anxiété
- ✓ Des troubles métaboliques (hypercalcémie…)
- ✓ Des effets secondaires du traitement (chimiothérapie, radiothérapie)
- ✓ De l'altération de la conscience
- ✓ De la Perte de l'autonomie

➢ **Prise en charge de l 'anorexie et cachexie**

## Principes du pec dans le cancer avancé

- ✓ L'amélioration du poids et des paramètres nutritionnels ne devront pas être des objectifs de PEC pendant cette phase de la maladie.
- ✓ Le confort du patient doit être privilégié
- ✓ L'acte de manger ne doit pas se convertir en une souffrance pour le patient
- ✓ L'amélioration de l'appétit doit être au centre de la PEC autant que possible
- ✓ Les interventions nutritionnelles orales ou artificielles (parentérale, entérale) ne sont pas systématiques car elles n'ont pas d'impact positif ni sur la survie ni sur l'amélioration de la qualité de vie

## Traitement non médicamenteux

### ✓ Adaptation de l'alimentation :

- Favoriser les goûts, textures et odeurs qui sont appréciés par le patient
- Fractionner les repas en petites quantités (6 à 8 prises favoriser la matinée), présentées de façon agréables (petites portions dans de grands plats)
- Éviter les sauces et les viandes qui sont souvent mal acceptés par le patient
- Privilégier l'apport de protéines sous forme de produits laitiers, de poisson, ou de blanc d'œuf ajouté dans un potage ou une purée
- Suppléments nutritionnels en dehors des repas si possibles
- Ambiance tranquille et repos post prandial d'une heure

### ✓ Adaptation de l'hydratation

- Privilégier l'hydratation par voie orale lorsque celle-ci est possible
- Recommander les boissons fraîches, pétillantes, aromatisées, de l'eau avec épaississant (L'eau gélifiée) car limitent les fausses routes.
- Conseiller une position du corps : en redressant le patient dans son lit à plus de 50° si possible, avec une Légère flexion du cou et évitant toute position en extension
- Évaluer les quantités de liquide absorbé : éviter une déshydratation ou une hydratation excessive

**Traitement médicamenteux**

| Classe thérapeutique | Doses |
|---|---|
| *Progestatifs de synthèse* | |
| Acétate de Megestrol * | 200 à 800 mg/24h |
| *Corticoïdes* ** | |
| Déxaméthasone<br>Prednisone<br>Prednisolone | 4-8 mg/24h<br>20-40 mg/24h<br>20-60 mg/24h |

* administrés pendant au moins 8 semaines

** Si espérance de vie < 4 semaines, cependant si > 4 semaines la prescription se fait en cure courtes de 10 jours à renouveler par exemple chaque 20 jours.

### 3. Œdèmes et lymphœdèmes

➢ **Définition**

Ce sont des troubles de la circulation sanguine responsables d'un gonflement des tissus dus à une infiltration et issue de liquide ou de lymphe.

➢ **Etiopathogénie :**

Toute cause d'insuffisance veineuse ou blocage de circulation lymphatique. Les causes les plus fréquentes sont les cancers lymphophiles en tête de file (Cancer du sein, mélanome, ovaire.)

Les lymphœdèmes peuvent se compliquer par la survenue d'érysipèle diagnostiquée devant toute Rougeur, chaleur et douleur.

➢ **Prise en charge thérapeutique des œdèmes et lymphœdèmes**

**Traitement non médicamenteux :**

Il est basé essentiellement sur des règles d'hygiène

- ✓ Soins de la peau, éviter vêtements serrés, les massages intenses et l'exposition à la chaleur.

- ✓ Drainage positionnel, élévation des membres pendant la phase initiale
- ✓ Massage adapté et pansement élastique
- ✓ Prévention les lésions et les infections
- ✓ Drainage lymphatique
- ✓ Bas de contention

**Traitement médicamenteux**

- ✓ Antibiothérapie en cas de surinfection ou d'érysipèle
- ✓ Corticoïdes en cas de compression ganglionnaire
- ✓ Le traitement diurétique n'a pas fait la preuve de son efficacité. Il peut donner une amélioration partielle et souvent temporaire.

### 4. Hypersudation

➢ **Définition**

L'hypersudation est définie par une transpiration excessive intéressant tout le corps

➢ **Etiologies**

Les principales causes de l'hypersudation chez les patients sont :

- ✓ Infections
- ✓ Syndromes Paranéoplasique (flush syndrome)
- ✓ Evolution de la maladie : apparition de Métastases hépatiques, carcinose péritonéale...
- ✓ Effets secondaires du traitement (antidépresseurs tricycliques, morphine)
- ✓ Température ambiante élevée

➢ **Prise en charge**

**Moyens non médicamenteux :**

Cette prise en charge est basée sur les règles d'hygiène

- ✓ Assurer une température ambiante adéquate
- ✓ Privilégier les vêtements en coton
- ✓ Maintenir Plis bien secs et propres et appliquer de traitements locaux
- ✓ Faire une rotation d'opioïdes et hydrater en conséquence.

**Moyens médicamenteux**

| Classe thérapeutique | Doses |
|---|---|
| *Antihistaminiques* | |
| Cimétidine<br>Ranitidine | 400 mg/12h<br>150 mg/12h |
| *Antiinflammatoires* | |
| Indométacine | 25 mg/8h |
| *Corticoïdes* | |
| Déxaméthasone | 2 à 4 mg/24h |
| *Anticholinergiques* | |
| Propanthéline * | 15 mg la nuit |
| Hyoscine Butyl Bromure | 10 mg/8h |

* non disponible au Maroc

### 5. Déshydratation

➢ **Définition**

La déshydratation est une perte d'eau et de sels minéraux dans l'organisme. Cliniquement elle se manifeste par une apparition de plis cutanés de déshydratation, sécheresse des muqueuses et perte de poids.

➢ **Etiopathogénie**

Cette déshydratation est souvent dû à : des troubles de transit (Diarrhée…), aux vomissements, à La dysphagie, à une hypercalcémie, à une dénutrition ou à un syndrome occlusif.

➢ **Evaluation**

Dans le cadre de la déshydratation, l'examen clinique permet d'évaluer la sévérité de la déshydratation et son retentissement

➢ **Prise en charge thérapeutique**

**Traitement étiologique :** cf. Prise en charge diarrhée, vomissements …

**Soins de bouche :**

- Bain de bouche régulier aux bicarbonates de sodium, ou à la camomille, (bannir les solutions alcooliques)

**Réhydratation :** Réhydratation par voie sous-cutanée si nécessaire (Annexe 11 Hypodermoclyse)

Elle est indiquée en cas de :

- Sensation de soif qui ne s'améliore pas avec l'humidification et les soins de la bouche.
- Occlusion intestinale
- Dysphagie secondaire à une mucite ou infection jusqu'à l'amélioration par le traitement Spécifique

## IV. PEC des symptômes respiratoires :

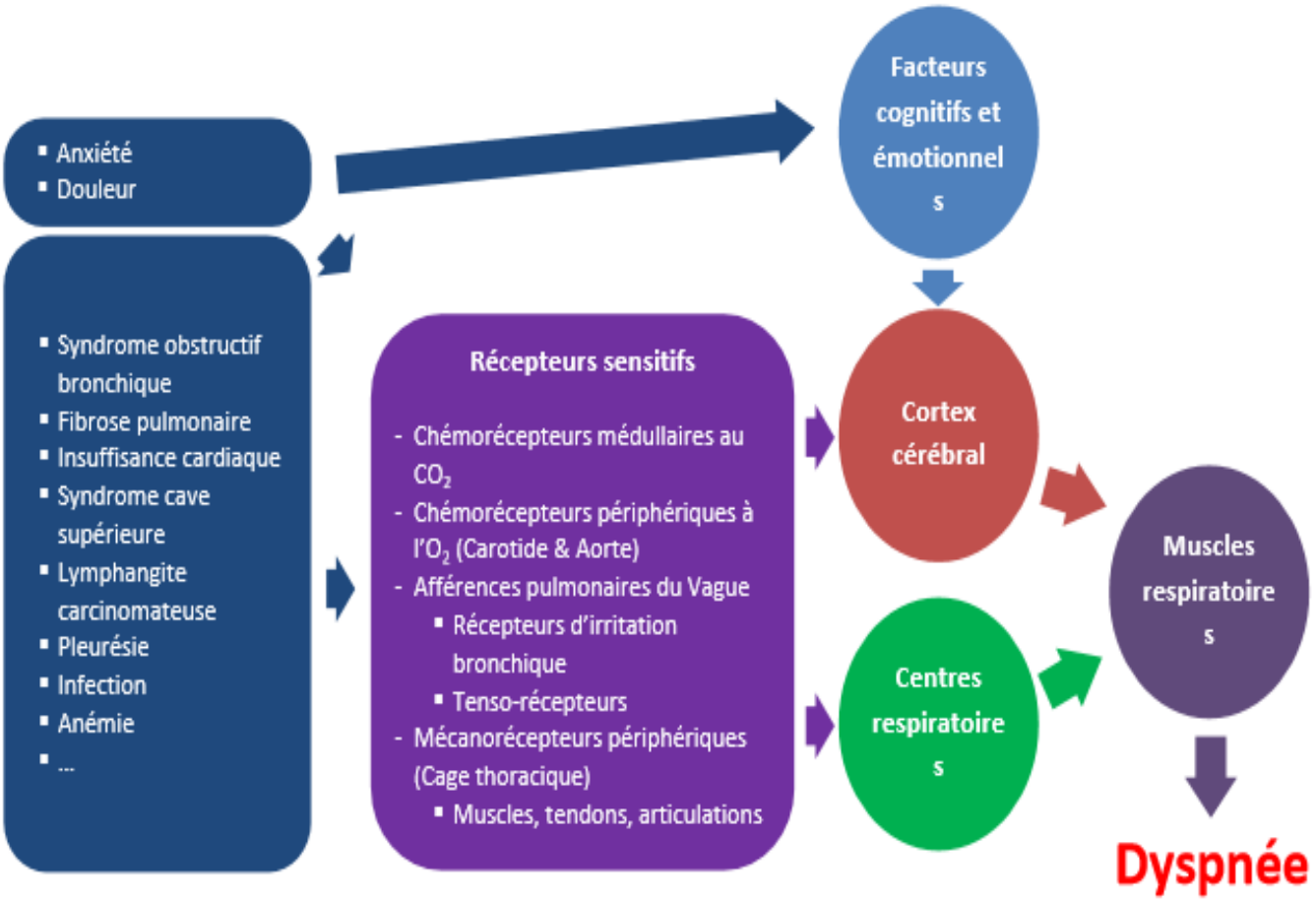
### 1. Dyspnée

➢ **Définition**

Sensation subjective d'une respiration laborieuse et inconfortable ayant de graves répercussions sur leur qualité de vie. Souvent accompagnée ou majorée par une anxiété ou une agitation.

➢ **Etiopathogénie**

La physiopathologie de la dyspnée est encore mal connue. Elle est complexe et implique l'intégration des influx provenant des systèmes respiratoire, vasculaire et nerveux.



➢ **Prise en charge thérapeutique**

La prise en charge initiale doit d'abord consister en la recherche d'une cause curable en association dans le même temps des mesures symptomatiques ayant pour l'objectif de soulager le patient

## Traitement étiologique

| Cause | Traitement |
|---|---|
| Infection / Pneumonie | Antibiotiques |
| Anémie | Fer / EPO / Transfusion |
| Pleurésie | Drainage |
| lymphangite carcinomateuse | Traitement du cancer / Corticoïdes à forte doses |
| Asthme / BPCO | Bronchodilatateurs<br>Corticoïdes |
| Syndrome cave supérieur | Cf. Syndrome cave supérieur |
| Insuffisance cardiaque | Diurétiques |
| Obstruction bronchique | Corticoïdes / Stent / Laser / Radiothérapie |
| Embolie pulmonaire | Anticoagulants |

## Traitement symptomatique

Il repose sur **l'utilisation des opioïdes** et notamment la morphine :

- ✓ Chez le patient naïf de la morphine 5-10mg/24h Per os ou équivalent par voie IV ou SC, la Posologie sera adaptée selon l'efficacité et la tolérance
- ✓ Patient déjà sous morphine ; augmenter la dose journalière 30-50%
- ✓ En cas d'accès paroxystique de dyspnée ; les interdoses à administrer équivalent à 1/6 à 1/10 de la dose des 24h, toutes les 4h à la demande en réadaptant ensuite la dose de fond en fonction des nombres des interdoses
- ✓ L'utilisation d'opioïdes en nébulisation dans le traitement de la dyspnée demeure un sujet controversé. En effet plusieurs études contrôlées ont donnée des résultats négatifs ou non concluants.

Plusieurs auteurs ont suggéré que **les corticostéroïdes** sont très efficaces pour soulager la dyspnée associée à la lymphangite carcinomateuse. Ils sont aussi utilisés dans le syndrome de la veine cave supérieure et sont évidemment très efficaces pour traiter le bronchospasme associé à l'asthme et à la MPOC. Ils seront aussi utilisés lors de la présence de tumeur solide obstructive, extrinsèque ou intrinsèque à l'arbre respiratoire, accompagné d'œdème péritumoral.

**Les broncho-dilatateurs**, administrés oralement ou en nébulisation, sont utiles dans le traitement du bronchospasme associé à l'asthme ou à une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Une proportion importante des patients cancéreux dyspnéiques à une histoire de tabagisme et de MPOC.

Le recours aux **benzodiazépines** est réservé en cas d'angoisse associée

**L'oxygénothérapie** peut réduire la dyspnée chez les patients hypoxiques. Chez les patients non hypoxiques, c'est le flux de gaz plus que la qualité du gaz (Oxygène) qui agit en réduisant la dyspnée. Cette dernière est à discuter en phase terminale et ne sera maintenue que si elle apporte un bénéfice au patient, c'est à dire une amélioration de son confort.

Des **mesures environnement**ales seront toujours associées au traitement médicamenteux :

- Créer une atmosphère apaisante, parler calmement, à bonne distance (expliquer la situation et les actions proposées), éviter les gestes inutiles, organiser une présence rassurante
- Installer confortablement le patient, le plus souvent en position demi assise,
- Veiller à ce qu'il ne glisse pas dans le lit, veiller à son confort vestimentaire.
- Aérer la chambre, éviter l'éclairage agressif ou l'obscurité complète, laisser la porte entrouverte (chambre calme mais pas isolée), humidifier l'air ambiant, lutter contre les mauvaises odeurs.
- Ne pas oublier les soins corporels notamment des soins de bouche très fréquents
- Soutenir les proches, les associer à la prise en charge

Des **anticholinergiques** seront associés en cas d'encombrement respiratoire

## 2. Toux

➢ **Définition :**

C'est un signe très fréquent en fin de vie. Il s'agit d'un mécanisme reflexe protecteur des voies respiratoires, déclenché par l'irritation des voies aériennes.

La toux est responsable d'une altération de la qualité de vie car elle perturbe le sommeil, l'alimentation

et peut aggraver les douleurs

➢ **Etiopathogénie :**

Elle peut être :

- ✓ **Secondaire au cancer** par irritation trachéale, bronchiale, pleurale, péricardique ou diaphragmatique
- ✓ **Secondaire au traitement** à cause d'une toxicité par la chimiothérapie ou d'une fibrose pulmonaire post radiothérapie
- ✓ **Secondaire à d'autres causes** : infection, MPO, asthme, sécheresse buccale et des muqueuses

➢ **Prise en charge**

Il faut instaurer un traitement étiologique quand c'est possible. Le traitement est surtout symptomatique. Il dépend du type de toux :

| Traitement | Doses |
|---|---|
| *Toux grasse et productive* | |
| Assurer une bonne hydratation orale | |
| Eviter les antitussifs | |
| Kinésithérapie respiratoire | |
| *Toux grasse avec difficulté d'expectoration* | |
| Assécher les sécrétions | |
| Hioscine Butylbromure | 10 mg/ 6 à 12h |
| *Toux sèche* | |
| **Antitussifs** | |
| Codéine | 30 mg/4-6h |
| Morphine LP | 10 mg/12h |
| Dextrométorphane | 30 mg/6-8h |
| Cloperastine | 20 mg/8h |
| **Bronchodilatateurs** | |
| Terbutaline | |
| Salbutamol | |

En cas de toux rebelles, on peut avoir recours aux anesthésiques locaux en nébulisation.

## 3. Hémoptysie

### ➢ Définition

L'hémoptysie se définit comme le rejet de sang par la bouche provenant des voies aériennes sous glottique dans un effort de toux. Elle est à différencier de l'hématémèse par un interrogatoire précis.

### ➢ Etiopathogénie :

Elle peut être due

- ✓ A la tumeur primitive notamment aux carcinomes bronchiques et épidermoïdes
- ✓ A la tumeur secondaire à localisation pulmonaire
- ✓ Aux pneumopathies infectieuses compliquant ou favorisées par le cancer comme la tuberculose et l'aspergillose invasive

- ✓ Aux pathologies associées :
  - Bronchite chronique et bronchiectasies

- Tuberculose pulmonaire résiduelle
- Thrombopénie

En cas d'hémoptysie minime à modérée, et si l'état du patient le permet, une bronchoscopie peut être réalisée afin de faire le diagnostic étiologique de l'hémoptysie.

➢ **Prise en charge :**

**Les mesures générales**

Ces mesures de prise en charge de l'hémoptysie font appel :

- ✓ A l'utilisation de serviettes et de draps foncés (bleu et vert, type bloc opératoire) afin d'atténuer le rendu visuel de l'hémorragie extériorisée
- ✓ A la position demi assise : pour favoriser la ventilation et l'expectoration, tout en réduisant Accessoirement la ré-inhalation par rapport à la position couché
- ✓ L'oxygénothérapie : pour le soulagement du ressenti de la toux, de la dyspnée et l'éventuelle hypoxémie en cas d'encombrement hématique des voies aériennes quand l'hémoptysie est importante.

**Traitement médicamenteux :**

Ils sont prescrits en cas d'hémoptysie minime à modérée. Ce sont essentiellement des hémostatiques anti fibrinolytiques.

| Traitement | Doses |
|---|---|
| Acide tranexamique (Oral / IV) | 1g /8h |
| Etamsylate (Oral / IV) | 500 mg/4-6h puis 250 à 1000 mg/24h |

**Autres traitements :**

Des traitements tels que : Embolisation, radiothérapie, hémostase locale (Laser), peuvent être réalisés, si le patient n'est pas au stade terminal.

En cas d'hémoptysie importante en phase terminale, le traitement à base d'opioïde et benzodiazépines aura pour objectif de lever l'angoisse du patient et de soulager la dyspnée.

## 4. Hoquet :

### ➢ Définition

Le hoquet est un spasme musculaire diaphragmatique et intercostal, suivi d'une inspiration forcée glotte fermée.

### ➢ Etiopathogénie

Les causes établies du hoquet chez un patient atteint de cancer peuvent être :

- Centrales : par stimulation directe du centre du hoquet par des tumeurs primaires ou métastatiques cérébrales, ou par toxicité (urémie, fièvre, infection)
- Périphériques : par distension gastrique, irritation diaphragmatique ou phrénique, Cholécystite lithiasique, reflux gastro œsophagien.

### ➢ Prise en charge thérapeutique

Le traitement inclus la prise en charge spécifique de l'étiologie (ex : Dexaméthasone en cas HTIC…)

Le traitement symptomatique comporte essentiellement les mesures pharmacologiques suivantes.

| Classe thérapeutique | Doses |
|---|---|
| *Aigue* | |
| Baclofène | 5-10mg/12-24h |
| Métoclopramide | 10 mg/6-8h |
| Midazolam | 2.5 mg/SC-IV |
| Clorpromazine | 10 mg VO |
| Halopéridol | 5-10mg / 8h |
| *Maintien* | |
| Baclofène | 5-20mg/8h |
| Métoclopramide | 10 mg/6h |
| Midazolam | 10-50 mg/sc |
| Acide valproïque | 500-1000 mg/24H |

## 5. L'encombrement terminal

➢ **Définition**

L'encombrement bronchique se manifeste par des bruits expiratoires humides qui résultent du passage de l'air dans les secrétions d'origine salivaire et ou bronchique accumulées dans le pharynx et la trachée chez les patients qui ont perdus le réflexe de toux et de déglutition pouvant durer jusqu'à quelques jours

➢ **Prise en charge :** Le traitement est symptomatique :

- ✓ Position demi assise ou latérale
- ✓ Soins de bouche fréquent avec arrêt des apports hydriques
- ✓ Eviter les aspirations tracheobronchiques
- ✓ Anticholinergiques

## V. PEC des symptômes digestifs :

### 1. Nausées et vomissements

➢ **Définition**

La nausée est la sensation de mal-être et d'inconfort qui accompagne l'éventuelle approche des vomissements.

Vomissement est définit comme tout le rejet actif par la bouche d'une partie du contenu de l'estomac.

➢ **Etiopathogénie :**

Plusieurs causes peuvent entrainer des nausées et vomissements. Ces causes sont regroupées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 2: Etiopathogénie nausées et vomissements

| | |
|---|---|
| **Causes gastro intestinales** | **Occlusion intestinale mécanique (par compression extrinsèque ou intrinsèque de la lumière digestive) ou fonctionnelle (iléus paralytique), candidose digestive, gastro parésie, constipation** |
| **Causes médicamenteuses** | **Opiacés, nausées et vomissements chimio-induits ou radio-induits, AINS, ATB, digoxine…** |
| **Causes métaboliques** | **Insuffisance rénale, insuffisance hépatique, hypercalcémie, hyper uricémie, hyponatrémie** |
| **Causes ORL et cérébrales** | **Tumeur ORL, syndrome vertigineux, HTIC, syndrome méningé, méningite carcinomateuse, métastases cérébrales** |
| **Causes respiratoires** | **Encombrement, toux** |
| **Causes psychologiques** | **Anxiété** |

➢ **Prise en charge thérapeutique des nausées et vomissements**

*Traitements non médicamenteux :*

Basés sur des conseils diététiques

- ✓ Poursuivre l'alimentation à la demande
- ✓ Privilégier les boissons gazeuses, les repas légers, froids, peu odorants,
- ✓ Améliorer les gouts des repas selon les habitudes du patient.
- ✓ Ne pas oublier les soins de bouche fréquents
- ✓ Conseiller d'autres thérapeutiques non médicamenteuses : acupuncture…

*Traitement médicamenteux*

Le traitement des nausées et des vomissements repose sur plusieurs classes thérapeutiques, en bloquant les neurotransmetteurs des afférences stimulant le centre de vomissements : Les neuroleptiques, corticoïdes, agonistes des récepteurs 5-H3 et les benzodiazépines ; voir tableau ci-dessous et l'algorithme en annexes

| **Classe thérapeutique** | **Doses** |
|---|---|
| *Neuroleptiques (Antagonistes de la Dopamine)* | |
| Métoclopramide | 5-10 mg/6-8h (Eviter si syndrome occlusif) |
| Haloperidol* | 0.5-5 mg/prise |
| Dompéridone | 10-60 mg/j |
| *Antagonistes des récepteurs 5-HT3 (Antagonistes de la sérotonine) -* ***Vomissement chimio-induits ou en 2ème intention*** | |
| Ondansétron | 12-24 mg/j |
| Granisetron | 3 mg/j |
| *Anticholinergiques (Antagoniste de l'acétylcholine)* | |
| Hyoscine butyle bromure | 20-60 mg/j |
| *Antagoniste des neurokinines -* ***Vomissement chimio-induits*** | |
| Aprépitant ** | |
| *Corticoïdes -* ***Vomissement chimio et radio-induits / Syndrome occlusif*** | |
| Methylprednisolone | 1-4 mg/kg/j s/c ou IV |
| Prednisone | 5-60 mg/j |
| *Anxiolytiques -* ***Vomissement psychogènes et anxiété importante*** | |
| Benzodiazépines (Lorazépam) | 0.5-3 mg/j |
| *Autres* | |
| Cannabinoides | - |
| Octréotide *** | 0.05 à 1.5 mg/ 8-12h en sous cutané |

* En cas de vomissements rebelles **non disponible au Maroc *** en cas d'occlusion intestinale et hémorragie digestive haute

## 2. Constipation

➢ **Définition**

La constipation se définit par : moins de 3 selles spontanées par semaine, plus un ou plusieurs des symptômes suivants : sensation d'une impression d'exonération incomplète, difficultés d'évacuation des selles, des selles grumeleuses.

➢ **Etiopathogénie :**

L'étiopathogénie de la constipation dans la phase palliative est multifactorielle elle peut être du :

- Au cancer : Lié directement à la tumeur, compression médullaire, hypercalcémie, occlusion intestinale,
- Aux répercussions du cancer : Alimentation et hydratation inadéquate, asthénie, inactivité, confusion, dépression
- Aux effets indésirables des traitements : Opioïdes, anti cholinergiques, antidépresseurs, antiparkinsoniens, anticonvulsivants, diurétiques, anti hypertenseurs (inhibiteurs calciques), antiémétiques (stérons) ; anti tumoral comme la vincristine.
- Autres…

Si la constipation n'est pas traitée, elle peut entrainer :

- Nausées et vomissements
- Douleur
- Distension abdominale voir un syndrome occlusif
- Troubles cognitifs / Confusion / Délirium
- Rétention urinaire

➢ **Prise en charge**

- Règles Hygiène diététique dans la mesure du possible
- Traitement médicamenteux

Fait appel essentiellement aux laxatifs. Pour la constipation aux opioïdes, on peut avoir recours aux antagonistes des opioïdes locaux. *Algorithme de prise en charge (voir annexes*

| Classe thérapeutique | Doses |
|---|---|
| ***Laxatifs*** | |
| *Laxatifs osmotiques* | |
| Lactulose<br>Citrate et laurysulfoacétate de sodium (Sorbitol)<br>solution rectale | 15 à 30cc/24h<br>2 à 3 applications par jour |
| *Lubrifiants* | |
| Huile de paraffine | 10 à 15cc/24h |
| *Stimulants du péristaltisme* | |
| Séné : poudre pour solution buvable | 1 sachet (2.4g) par prise (1-2 fois par jour) |
| *Ramollissants* | |
| Docusate de sodium | 100 mg/12h |
| ***Antagonistes des opioïdes*** | |
| Méthylnaltrexone | 0.15mg/kg |

**Fécalome**

*- Commencer le traitement par voir orale si l'obstruction n'est pas complète*

** Lactulose 10-15cc + Paraffine 10-15cc + Bisacodyl 5-10mg : 1 à 2 x/j*

** Lactulose 5cc + Paraffine 5cc : 2 à 3 x/j et augmenter de 5cc jusqu'à résolution*

*- Extraction manuelle est déconseillée car douloureuse et agressive.*

*- Traitement antalgique, sédation et anesthésiques topiques*

*- Suppositoires de glycérine ou de Bisacodyl*

*- Lavements*

** A base de lactulose et du lait tiède*

** A base de mélange : 60ml d'huile d'olive + 60 ml de lactulose + Sorbitol.*

** En absence de selles en 6 jours associer 10ml d'eau oxygénée*

- Prévention :

Doit être systématique chez un patient ayant des facteurs de risque (Traitements constipants : Opioïdes +++, cancer colorectal..).

La prévention passe par les règles hygiéno-diététiques, et la prescription de laxatifs en préventif.

**Toujours associer un laxatif avec un traitement à base d'opioïde**

### 3. Occlusion intestinale

➢ **Définition :**

L'occlusion intestinale est définie par un arrêt des matières et des gaz partiels ou total non résolutif.

➢ **Etiopathogénie**

On distingue deux types d'occlusions en fonction du mécanisme d'obstruction :

- **Mécaniques** : par compression extrinsèque (carcinose péritonéale.) Ou intrinsèque (Tumeur primitive), infiltration tumorale, brides …
- **Fonctionnelles :**

  - Cause médicamenteuse : les opiacés, les anticholinergiques, les psychotropes, la supplémentation en fer.
  - Ischémie mésentérique
  - Invagination
  - Autres déséquilibres hydro électrolytiques

Les principaux cancers responsables d'une occlusion intestinale sont, par ordre décroissant :

- D'origine gynécologique ou digestive
- Des tumeurs péritonéales, des mésothéliomes
- Des tumeurs primitives d'origine extra-abdominale (évolution métastatique)

➢ **Prise en charge thérapeutique**

En phase palliative, la prise en charge des occlusions intestinales repose sur le traitement médical. Les indications chirurgicales doivent être discutés au cas par cas selon le projet de soins et le pronostic du malade, en concertation pluridisciplinaire.

*Traitement médicamenteux*

Fait appel à plusieurs classes thérapeutiques, en association à une réhydratation et correction des troubles électrolytiques :

- Antalgiques :
  - Morphine
  - Hioscine butyle bromure
- Anti sécrétoires
  - Octréotide
  - Anticholinergiques : Hioscine
- Anti-inflammatoires corticoïdes : Dexaméthasone
- Antiémétiques neuroleptiques : Halopéridol …

*Sonde gastrique :*

- Ne dois être utilisée qu'en cas de vomissements rebelles aux traitements médicamenteux, car la sonde gastrique est très mal tolérée par les patients.

*Traitement chirurgical :*

- La gastrostomie de décharge est une des rares techniques chirurgicales en soins palliatifs, elle est utilisée en derniers recours.

## 4. Diarrhées

➢ **Définition**

C'est l'émission de selles dans un volume plus important que la normale (plus de 300 grammes par jour) et avec une plus grande fréquence (plus de trois selles par jour).

➢ **Etiopathogénie**

Les diarrhées en phase palliative sont souvent dues aux effets indésirables des traitements, chimiothérapie, radiothérapie, mésusages des laxatifs ou des antibiotiques. Une cause infectieuse peut être retrouvée aussi.

➢ **Evaluation :**

Dans le cadre des diarrhées, il est indispensable d'évaluer la gravité et le retentissement.

| **Critères de gravité (National Cancer Institute)** |
|---|
| *Grade 0 : Absence de diarrhée* |
| *Grade 1 : < ou égale à 4 épisodes / jour* |
| *Grade 2 : 4-6 épisodes/jour et/ou présentation nocturne* |
| *Grade 3 : A partir de 7 épisodes par jour. Signes de déshydratation* |
| *Grade 4 : Déshydratation et répercussion hémodynamique* |

.

➢ **Prise en charge thérapeutique**

La prise en charge des diarrhées dépend de la gravité et du retentissement :

*Moyens non médicamenteux :*

Mesures hygiène –diététiques :

- Adapter l'alimentation
- Suspendre les laxatifs
- Culture des selles si suspicion d'infection

*Moyens médicamenteux :*

| Classe thérapeutique | Doses |
|---|---|
| Lopéramide | 4 mg puis 2mg après chaque selle (Max. 16 mg/24h) |
| Codéïne | 10 – 60 mg/6-8 h |
| Morphine | Ajuster doses |
| Octréotide | 0.05 à 1.5 mg/8-12h en sous cutané |

*Indications*

- ✓ **Diarrhée grade 1 et 2**
- Mesures hygiéno - diététiques
- Commencer traitement par opioïdes et lopéramide
- Si pas de réponse augmenter la lopéramide à 2mg/2h
- Si pas d'amélioration Octréotide par voie sous cutanée
- Maintenir le traitement jusqu'à obtenir 24h sans diarrhée
- Correction des troubles hydro électrolytique/ hydratation
- ✓ **Diarrhée grade 3 et 4 :** l'hospitalisation est indispensable

## 5. Hémorragies digestives

➢ **Définition**

Tout saignement extériorisé ou non issue dans un effort de vomissement (hémorragie haute) ou par voie rectale (hémorragie basse).

➢ **Etiopathogénie**

Les causes des hémorragies sont très fréquentes :

- Les Hémorragies digestives hautes sont souvent dues à une consommation d'AINS, rupture de varices en cas d'hypertension portale, d'ulcère de stress ou d'un saignement par la tumeur.
- Les hémorragies digestives basses sont souvent dues à un saignement tumoral

➢ **Evaluation**

L'évaluation des hémorragies digestives en phase palliative est très souvent subjective. Cependant il est indispensable d'évaluer le retentissement de se saignement.

➢ **Prise en charge**

*Moyens non médicamenteux :*

- Mesures générales
- Rassurer le patient
- Préparer des serviettes de couleur foncée
- Envisager une hospitalisation en cas de gravité majeure

*Traitements médicamenteux :*

- Protection gastrique : IPP à double dose
- Analogue de la somatostatine : par leur effet anti sécrétoire et hémostatique :
  - Octréotide 0.05-1.5 mg/8-12H en sous cutanée
- Devant le risque imminent d'hémorragie massive considérer la sédation

## 6. Ascite

➢ **Définition :**

L'ascite est une accumulation de liquide non sanglant dans l'abdomen et plus précisément dans la cavité péritonéale

➢ **Etiopathogénie**

Une ascite en phase palliative peut être due à plusieurs étiologies

- La présence de métastases hépatiques ou péritonéales
- L'apparition d'un Syndrome de veine cave inférieur
- Le retentissement d'un Syndrome paranéoplasique
- L'évolution d'une hépatite chronique
- L'évolution de cancers primitifs à tropisme péritonéal (cancer de l'ovaire)

Elle peut être à l'origine d'un inconfort, douleurs, dyspnée et constipation.

➢ **Prise en charge thérapeutique**

*Moyens non médicamenteux* : Il s'agit d'évacuer l'ascite par la ponction d'ascite.

*Moyens médicamenteux* : Basée sur les diurétiques

- Aldactone : 100 mg /24h (dose maximale 400 mg/24h)
- Furosémide : 20 à 40 mg/24h

## 7. Atteintes buccales

➢ **Définitions**

Les atteintes buccales chez un patient en soins palliatifs est un symptôme d'inconfort très fréquent entraînant des conséquences multiples pour le patient avec une répercussion importante sur sa qualité de vie (douleur, trouble de l'élocution et de la déglutition, sensation de s

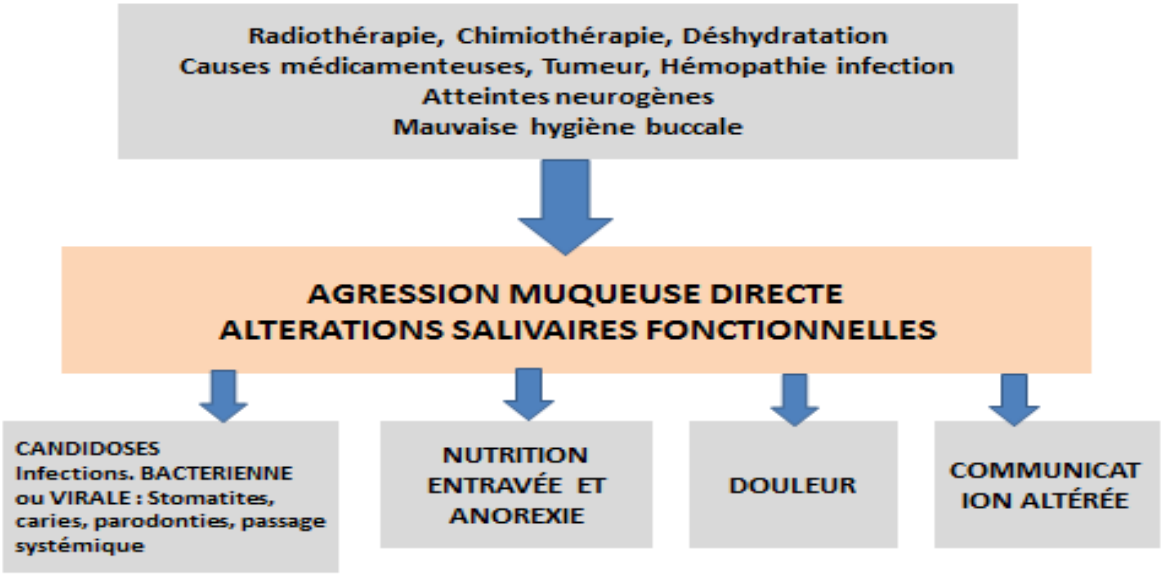
oif, mauvaises odeurs…)

Les atteintes les plus fréquentes sont :

- *Les mucites* : Inflammation muqueuse survenant sur le tractus digestif dans son ensemble secondaire un traitement par chimiothérapie et/ou radiothérapie ou à une situation d'immunodépression. Très souvent associées à une infection mycosique.

- *La sécheresse buccale* : assèchement de la muqueuse buccale à cause d'une sécrétion salivaire diminuée ou épaissie entrainant une sensation de soif permanente, perte de gout et/ou une difficulté pour la mastication et la déglutition.

➢ Etiopathogénie : peut-être schématisée comme suit




➢ **Prise en charge thérapeutique**

| Traitement | Posologie |
|---|---|
| *Infections mycosique* | |
| Miconazole en gel buccal<br>ou Nystatine en solution buvable<br>ou Amphotéricine B à 10% en solution buvable | 5 ml en bain de bouche/4-6h |
| Fluconazole | 100 mg/24h per Os<br>(IV si atteinte oesophagienne associée) |
| *Sécheresse buccale* | |
| - Soins de bouche fréquents à base de bicarbonate de sodium | 3 à 4 fois par jour |
| - Pulvérisations d'eau le plus fréquemment possible<br>- Salive artificielle<br>- Citron, chewing-gum, menthol, bonbons acides | |
| - Pilocarpine | 5 à 10 mg/8h |

# VI. PEC des symptômes neuro-psychiques

## 1. Confusion

➢ **Définition**

Trouble mental d'origine organique marqué par un changement de l'état de conscience, des fluctuations des capacités cognitives (mémoire, langage, pensée) et des troubles de perception (hallucinations souvent visuelles) auxquels des troubles de sommeil sont associés (l'inversion du cycle nycthéméral, l'insomnie et les cauchemars). La confusion peut se présenter sous deux formes :

- Forme agitée : des troubles de comportement : agitation et agressivité
- Forme ralentie : apathie et somnolence

Elle est présente chez 85% des patients dans les dernières semaines de vie et représente un facteur de gravité sur le plan pronostic en soins palliatifs. Elle est responsable d'une souffrance importante chez le patient et sa famille et peut être une source de tension au sein de l'équipe soignante.

➢ **Etiopathogénie :**

La confusion est généralement d'origine organique et multifactorielle :

- Douleur non contrôlée
- Globe vésical ou fécalome
- Causes iatrogènes : opioïdes, psychotropes, corticothérapie, anticholinergiques, anti H, Antifongiques, antibiotiques (quinolones), chimiothérapie, …
- Sevrage : en alcool ou en médicaments (psychotropes) à l'occasion d'une hospitalisation
- Causes neurologiques : tumeur cérébrale primaire ou métastase, AVC, hématome sous dural ou extra dural, épilepsie
- Troubles ioniques et métaboliques : calcémie, natrémie, glycémie, déshydratation, hypoxie, hypercapnie, trouble équilibre acide-base, hypovitaminose B1, B12.
- Insuffisance d'organe : cœur, foie, poumon, rein
- Cause infectieuse : méningite …

➢ **Prise en charge thérapeutique**

**Principes de prise en charge :**

- Supprimer les traitements non indispensables ou redondants, en particulier les psychotropes, diminuer la posologie de corticothérapie, et adapter le traitement antalgique
- Assurer une hydratation et une nutrition correcte
- Assurer une surveillance clinique régulière
- Discuter en fonction du projet de soins la faisabilité d'un bilan étiologique et l'application d'un traitement étiologique.
- Prescrire un traitement symptomatique en fonction du niveau de tolérance de la confusion par le patient et du degré de dangerosité pour lui-même et pour autrui.
- Proposer un environnement calme et sécurisant, lumière douce, peu de bruit, laisser à disposition les effets personnels.
- Soutenir le patient, lui expliquer ce qui se passe pendant les moments de lucidité, sans Toutefois multiplier les interlocuteurs.
- Limiter les visites
- Offrir un soutien psychologique au patient en dehors de la phase aiguë
- Prendre en charge l'entourage et prévenir un éventuel deuil pathologique
- Assurer la cohésion de l'équipe soignante autour du patient à travers des réunions fréquentes pour expliquer, évaluer la prise en charge du patient et prendre certaines décisions de façon collégiale (contention, sédation…)

**Traitement symptomatique :**

Il est basé sur la prescription de neuroleptiques afin de réduire l'agitation, les troubles perceptifs Et l'angoisse. Leur posologie doit être adaptée à la fonction rénale et hépatique.

| Traitement | Doses |
|---|---|
| Halopéridol* | 0.5 à 10 mg/24h (PerOs ou Sous cutanée) |
| Chlorpromazine | Dose initiale : 12.5 mg/4-12h<br>Dose de secours 12.5 à 25 mg/15 à 20min |
| Lévopromazine | Dose initiale : 12.5 mg/4-12h<br>Dose de secours 12.5 à 25 mg/15 à 20min |
| *En l'absence d'agitation / Hypoactive* | |
| Méthylphénidate** | 5 à 10 mg/24h |
| *Confusion et agitations réfractaires* | |
| Benzodiazépines Barbituriques | |

* traitement de référence ** non disponible au Maroc

## 2. Anxiété

➢ **Définition**

L'angoisse se définit comme un sentiment pénible d'attente d'un danger imprécis, une crainte floue, sans objet précis qui n'est pas toujours verbalisée. Elle se manifeste par des symptômes psychiques et physiques et fait partie du vécu normal d'une personne en fin de vie.

Elle peut être adaptative, transitoire et gérable par le patient, comme elle peut devenir pathologique si elle dure et si la souffrance ressentie devient intense et répercute sur les relations avec son entourage (parfois jusqu'à refus des soins).

En fonction de son intensité et de sa durée, elle peut correspondre :

- **À une phase normale**, adaptative, transitoire, en réponse à la menace représentée par le cancer (incertitude, souffrance, mort) : réaction anxieuse simple (Dauchy, 2002) qui peut persister 7 à 10 jours après une mauvaise nouvelle (Holland, 1989)
- **À un trouble de l'adaptation avec anxiété** qui donne lieu à une détresse émotionnelle, un changement, un bouleversement chez l'individu, mais de durée assez brève et en relation avec les stress représentés par le cancer et ses implications thérapeutiques
- **À un trouble anxieux avéré** (anxiété généralisée, trouble phobique…) qui très souvent a précédé l'apparition du cancer (Kangas, 2005).

La sous-estimation de l'anxiété chez les patients atteints de cancer peut avoir des conséquences multiples :

- **Perturbation des soins médicaux** : risque de défaut de compliance aux soins (retard à la consultation, évitement, rupture de soins), perte de confiance vis-à-vis des soins ou du médecin (Spencer, 2010)
- **Exacerbation de symptômes somatiques de la maladie ou des effets indésirables des traitements** : nausées et vomissements anticipatoires, douleur…
- **Difficultés** : de compréhension des informations, de communication médecin-malade (Spencer, 2010)
- **Association avec la dépression**
- **Détérioration de la qualité de vie** indépendamment des états dépressifs (Stark, 2000 ; Brown, 2010).

➢ **Données épidémiologiques**

Prévalence de l'anxiété est extrêmement variable chez les patients atteints de cancer vue l'utilisation de techniques de mesures, de critères diagnostiques et d'échantillons différents.

- **Méta-analyse de Mitchell sur 70 études de patients atteints de cancer (Mitchell, 2011) :**
  - ✓ Milieu oncologique et hématologique :
    - 19,4 % de trouble de l'adaptation (ne se manifeste pas forcément par de l'anxiété)
    - 10,3 % de troubles anxieux
  - ✓ Soins palliatifs :
    - 15,4 % de troubles de l'adaptation (ne se manifeste pas forcément par de l'anxiété)
    - 9,8 % de troubles anxieux

➢ **Étiopathogénie**

- Une douleur mal contrôlée peut générer une angoisse importante chez le patient surtout quand ce dernier pense que sa douleur ne sera pas soulagée.
- Pendant les périodes de lucidité de la confusion le patient peut être angoissé.
- Un sevrage brutal de corticothérapie ou de psychotropes peut être à l'origine d'une anxiété
- L'insuffisance rénale, l'insuffisance respiratoire, les troubles neurologiques et les troubles ioniques sont des causes iatrogènes de l'angoisse.
- L'anxiété peut être un symptôme d'un trouble psychiatrique (dépression, trouble obsessionnel

Compulsif, psychose, éthylisme chronique) comme elle peut se manifester de façon isolée (Attaque de panique, anxiété anticipatoire…)

➢ **Signes cliniques**

**Les signes somatiques**

Difficiles à distinguer des symptômes somatiques de la maladie cancéreuse ou des effets indésirables des traitements :

- **cardiovasculaires** : palpitations, tachycardie, douleur thoracique atypique
- **respiratoires** : oppression thoracique, gêne respiratoire, accès de toux, polypnée
- **neuromusculaires** : crampes, tremblements, paresthésies, sensations vertigineuses
- **digestifs** : spasmes pharyngés, nausée, boule à l'estomac, spasmes coliques
- **neurovégétatifs** : sueurs, sécheresse buccale.

**Les signes cognitifs :**

- sensation de tension intérieure, hyper vigilance
- peur, anticipation dramatisée des événements futurs
- panique, impatience, sentiment d'insécurité intense, de vulnérabilité
- pensées intrusives concernant une possible récidive, la mort, le handicap…, sensation de perte de contrôle
- difficultés à intégrer les informations, troubles attentionnels.

**Les signes comportementaux :**

- irritabilité, agitation, fuite
- à l'inverse repli, sidération
- troubles du sommeil (retard à l'endormissement, réveils anxieux, cauchemars)
- comportement d'évitement phobique, en particulier des soins ou de la surveillance, claustrophobie (IRM, chambre stérile ou radiothérapie), agoraphobie, phobie des injections…
- conduites addictives…

➢ **Prise en charge**

Traitement médicamenteux :

En première intention, il est recommandé d'utiliser des benzodiazépines de demi-vie courte. En

deuxième intention, si l'anxiété persiste de façon importante, le midazolam peut être utilisée dans une visée d'anxiolyse et non pas de sédation. En général on commence par 2-5mg par jour en continue en IV ou SC.

| **Traitement** | **Doses** |
|---|---|
| *Première intention* | |
| Alprazolam | 0.25 à 1.5 mg/24h |
| Bromazépam | 2 à 6 mh/24h |
| Lorazépam | 0.5 à 2.5 mg/24h |
| *Deuxième intention* | |
| Midazolam | 2 à 5 mg/24h |

Prise en charge psychosociale : 4 Grands types d'approche

- **Psychothérapies cognitivo-comportementales** : Efficacité prouvée par de nombreuses études : sur l'anxiété elle-même (réduction des manifestations somatiques et psychologiques) et sur la qualité de vie, elles intègrent différents outils : relaxation, imagination, visualisation, confrontation cognitive.
- **Psychoéducation :** Information et éducation sur la maladie tumorale et sur les traitements. C'est une des approches de base visant la réduction des troubles anxieux en lien avec la maladie et les traitements
- **Psychothérapies verbales :** Le plus souvent c'est une thérapie de soutien pendant la durée des traitements ou à la phase initiale de la période de rémission.
- **Approches psychocorporelles** : En particulier la relaxation et l'hypnose, leur efficacité est prouvée. Elles sont très appréciées par de nombreux patients, en particulier ceux qui sont réticents aux approches verbales, mais peuvent leur être très complémentaires

## 3. Dépression

➢ **Définition**

La dépression se définie comme l'apparition d'une dysphorie et d'une anhédonie pendant au moins 2 semaines successives, associée à 4 des symptômes suivants :

- Trouble du sommeil
- Changement de l'appétit (anorexie ou hyperphagie)
- Ralentissement psychomoteur et ou agitation
- Perte de l'estime de soi et ou sentiment de culpabilité
- Manque de concentration
- Désirs de mourir ou idéation de suicide

Les manifestations somatiques de la dépression sont difficiles à différencier des symptômes physiques liés à l'affection cancéreuse ou aux traitements (fatigue, anorexie et/ou perte de poids, troubles cognitifs ou du sommeil, baisse de la libido) : on considérera comme participant au diagnostic de syndrome dépressif toute manifestation qui n'est pas à l'évidence liée à une autre cause (cause physique ou iatrogénie).

➢ **Étiopathogénie :**

Chez un patient atteint de cancer la dépression peut être due à :

- Des causes organiques type néoplasique
  - Cancer du pancréas
  - Néo pulmonaire
  - Tumeur du SNC
  - Lymphome
  - Leucémies
- Multiples causes intriquées ?
  - Antécédents de pathologie psychiatrique
  - Alcoolisme et isolement social
  - Cancer avancé
  - Mauvais contrôle symptomatique
  - Altérations endocrines, métaboliques
  - Déficits nutritionnels
  - Médicaments : Levodopa, vincristine, vinblastine, tamoxifene, méthotrexate intrethécal,

Norfloxacine, béta bloquants…

Un avis psychiatrique est hautement recommandé si :

- **D'emblée, en cas d'éléments de gravité :**

  - troubles psychiatriques : schizophrénie, trouble uni ou bipolaire de l'humeur (maladie maniaco-dépressive)

  - trouble grave de la personnalité

  - idées ou antécédents suicidaires.

- **En 2ème intention :**

  - confirmation diagnostique

  - résistance au traitement et/ou adaptation thérapeutique nécessaires.

Traitement médicamenteux

Chez les patients atteints de cancer, le choix de l'antidépresseur repose sur ses caractéristiques pharmacocinétiques, sa double action sur la douleur neuropathique ou sur l'angoisse.

- L'antidépresseur utilisé en première intention est la Sertraline qui a un profil hépatique sûr, n'ayant presque pas d'interactions médicamenteuses.
- En deuxième intention, l'antidépresseur recommandé est la Venlafaxine préconisée dans les dépressions inhibées et dans les syndromes anxio-dépressif, ou en cas de douleur neuropathique post mastectomie
- Chez les patients déprimés et algiques avec une composante neuropathique importante, les antidépresseurs recommandés sont la Nortryptiline et la Desipramine ayant un profil plus sûr que l'amitriptyline.
- Chez les patients avec pronostic de survie < 3 mois: il est préférable d'utiliser des psychostimulants tels que le Méthylphénidate.

| Traitement | Doses | Dose max. |
|---|---|---|
| Sertraline | 25 mg /24h | 100 à 200 mg |
| Venlafaxine | 37.5 mg /12-24h | 150 à 300 mg |
| Nortriptyline | 12.5 à 25 mg le soir | 50 à 125 mg |
| Desipramine | 2 à 5 mg/24h | |
| Méthylphénidate | 5 à 10 mg/24h | 10 à 20 mg |

Les traitements psychothérapiques

Les psychothérapies ont un impact favorable sur l'anxiété, la dépression, la détresse psychologique et la qualité de vie.

En cas d'épisode dépressif majeur l'association à l'antidépresseur d'une prise en charge psychothérapeutique améliore le pourcentage d'efficacité de ce traitement.

Les psychothérapies peuvent être individuelles ou groupales. On distingue selon le cadre théorique :

- les thérapies de soutien ou existentielles
- les thérapies analytiques ou d'orientation analytique
- les thérapies cognitivo-comportementales, psycho-éducationnelles ou psycho-corporelles.

## 4. Insomnie

➢ **Définition**

L'insomnie correspond à une diminution de la qualité et de la quantité du sommeil qui devient dans ce cas non réparateur. Elle peut être présente chez 40 à 60% des patients atteints de cancer.

Il y a 2 types d'insomnie :

- L'insomnie de conciliation : difficulté de l'endormissement à l'heure de se coucher.
- L'insomnie de maintien : difficulté de maintenir le sommeil à cause de réveils fréquents.

➢ **Étiopathogénie :**

Une insomnie peut être due à :

- Mauvais contrôle symptomatique, surtout une douleur mal contrôlée.
- Dépression et/ou angoisse
- Bruit, ambiance inadéquate, inactivité diurne…

➢ **Prise en charge thérapeutique**

La Prise en charge est principalement médicamenteuse :

| **Traitement** | **Doses** |
|---|---|
| Zolpidem | 10 mg avant de dormir |
| Alprazolam | 0.25 à 1 mg le soir |
| Lormetazepam | 1 à 2 mg avant de dormir |
| Lorazépam | 1 à 2 mg avant de dormir |
| *Sujet âgé* | |
| Clométhiazol | 192 à 576 mg |
| Lorazépam | 0.5 à 1 mg avant de dormir |
| *Insomnie secondaire aux sueurs nocturnes* | |
| Cimétidine<br>ou Ranitidine | 200 à 400 mg/24h<br>150 mg/24h |
| Venlafaxine | 37.5 à 75 mg/24h |
| Naproxène | 250 à 500 mg/12h |

## VII. PEC des symptômes dermatologiques

### 1. Prurit

➢ **Définition :**

Le prurit est un symptôme fréquent qui recouvre une sensation de démangeaison de la peau, en rapport avec des lésions dermatologiques ou pas.

➢ **Etiopathogénie :**

Les causes les plus souvent responsables de prurit chez un patient atteint de cancer sont :

- Le syndrome paranéoplasique
- L'ictère cholestasique
- Une peau desséchée et déshydratée (xérosis)
- Les effets secondaires des traitements anti tumoraux et des opioïdes.
- Les allergies

➢ **Prise en charge**

Traitement non médicamenteux :

Repose sur les règles hygiéno-diététiques suivantes :

- Eviter l'alcool et repas piquants
- Utiliser des vêtements larges en coton de préférence
- Assurer une ambiance fraîche, prendre des bains ou douche tièdes en utilisant des Savons acides,
- Hydrater la peau.
- Se couper les ongles pour éviter les lésions cutanées.

Traitement médicamenteux :

➢ **Prurit localisé :** Les traitements topiques les plus souvent utilisés sont les lotions à base de calamine et l'huile d'amande.

➢ **Prurit généralisé :** les antihistaminiques, les corticoïdes par voie générale, mais leur efficacité est inconstante.

| Traitement | Posologie |
|---|---|
| ydroxyzine | 25 mg/8h |
| Loratadine | 10 mg/24h |
| Dexchlorphéniramine | 2 à 6 mg/6-8h |
| Cetirizine | 10 mg/24h |
| *Si ictère cholestatique* | |
| Cholestyramine | 1 g/6-8h |

## 2. Plaies cancéreuses

➢ **Définition**

Les plaies tumorales consécutives à un processus carcinologique sont des plaies chroniques et spécifiques dont l'évolution dépend de la réponse du patient aux traitements anti cancéreux.

➢ **Etiopathogénie**

Les plaies cancéreuses regroupent différentes plaies dont l'étiologie peut être :

- Des formes initiales de cancer (tumeur primitive cutanée ulcérée à la peau)
- Un envahissement cutané
- Des récidives cutanées et/ou lymphatiques.
- Des nodules ulcérés à la peau, plus communément appelés « nodules de perméation »

Les problèmes posés par les plaies cancéreuses sont :

- Le risque infectieux
- Le risque hémorragique
- La douleur
- L'inconfort secondaire à la gestion des exsudats et la mauvaise odeur
- L'aspect mutilant responsable d'un grand stress psychologique et l'exclusion sociale

➢ **Prise en charge des plaies cancéreuses**

Principes de soins des plaies cancéreuses :

- Pour le soin d'une plaie cancéreuse il faut d'abord assurer une ambiance tranquille, éviter les parfums, utiliser plutôt les absorbants des mauvaises odeurs, respecter l'intimité du patient…
- Après le retrait du pansement il faut nettoyer minutieusement la plaie et sa périphérie par

irrigation et non pas par frottement

- Une détersion de la plaie peut aider à réduire la mauvaise odeur, mais peut provoquer un saignement. Elle sera donc envisagée selon le pronostic du patient.
- Il est important de protéger le tissu péri lésionnel de l'humidité par des pansements non Agressifs
- Les bandages appliqués doivent respecter la symétrie corporelle et la mobilité du patient,

Traitements médicamenteux

| Symptôme | | Traitement topique | Traitement systémique |
|---|---|---|---|
| ***Risque de saignement*** | *Prévention du Saignement* | Anti fibrinolytiques topiques | Acide tranexamique<br>Etamsylate |
| | *Saignement au retrait du pansement* | Pansement primaire non adhérent :<br>- Hydrocellulaire<br>- Pansement gras | |
| | *Saignement spontané* | Pansement hémostatique :<br>- Alginate<br>- Gazes imbibées d'adrénaline 1/1000 ou de sucralfate | |
| ***Gestion des exsudats*** | | Association de:<br>- Pansement primaire absorbant en plusieurs couches si besoin | Antibiothérapie en cas d'infection |
| ***Gestion des mauvaises odeurs*** | | Pansement au charbon<br>Gel au métronidazole | Metronidazole 250-500mg/8H |
| ***Gestion de la douleur*** | | Gel de lidocaïne à 2%<br>Gel de morphine (sulfate de morphine 10 mg/ml) peut être préparé en formulation | Administrer des doses extra de l'antalgique 30 minutes avant de commencer les soins. |

## 3. Fistules cutanées

➢ **Définitions :**

Une fistule est la formation anormale d'une connexion entre un organe et la surface du corps, les plus fréquentes sont les fistules entéro cutanées qui se définissent par une communication anormale entre le tube digestif et la surface cutanée donnant lieu à l'extériorisation de liquide digestif par le trajet fistuleux néoformé.

➢ **Étiopathogénie :**

Chez le patient atteint de cancer, les fistules cutanées sont dues :

- Aux infections
- À la chirurgie
- À la radiothérapie
- À la progression tumorale

➢ **Prise en charge des fistules cutanées**

Mesures générales :

- Prévenir les excoriations de la peau
- Utiliser des systèmes collecteurs pour les secrétions adaptés à la taille de la fistule cutanée
- Soutenir le patient pour préserver son autonomie et ses relations sociales

Gestion de la mauvaise odeur

- Appliquer des substances désodorisantes dans les sacs collecteurs
- Donner au patient du *lactobacillus acidophilus*, charbon actif, huile de menthe (yaourt, persil, beurre)
- Utiliser les désodorisants d'ambiance

Soins de la peau

- Couvrir la fistule au moment de changer le sac collecteur
- Utiliser des crèmes qui favorisent la cicatrisation des fissures et couvrir par des pansements hydro colloïde
- Appliquer du sucralfate topique en cas des fistules iléo cutanées car leur secrétions sont caustiques.

Traitement médicamenteux : son objectif est de diminuer les sécrétion

| Traitement | Doses |
|---|---|
| Lopéramide | 12 à 24 mg/24h |
| Hyoscine butylbromide | 60 à 120 mg/24h |
| Octréotide | 300 à 600 à |

## 4. Escarres :

➢ **Définition et étiopathogénie :**

« L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. On peut décrire trois types d'escarres selon la situation :

- l'escarre « accidentelle » liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience
- l'escarre « neurologique », conséquence d'une pathologie chronique motrice et/ou sensitive
- l'escarre « plurifactorielle » du sujet polypathologique confiné au lit et/ou au fauteuil.

L'escarre entraîne principalement la douleur et l'infection. Elle peut générer chez le patient un sentiment d'humiliation. Elle est responsable d'une consommation accrue de soins et de ressources. » (HAS. Conférence de consensus, Paris, novembre 2001)

Les zones les plus exposées sont, dans l'ordre de fréquence :

- le sacrum, les talons, les trochanters
- puis les coudes, le pénis (sonde urinaire), les jambes, les malléoles, la cloison nasale (sonde nasogastrique), les oreilles (lunettes à oxygène) ...

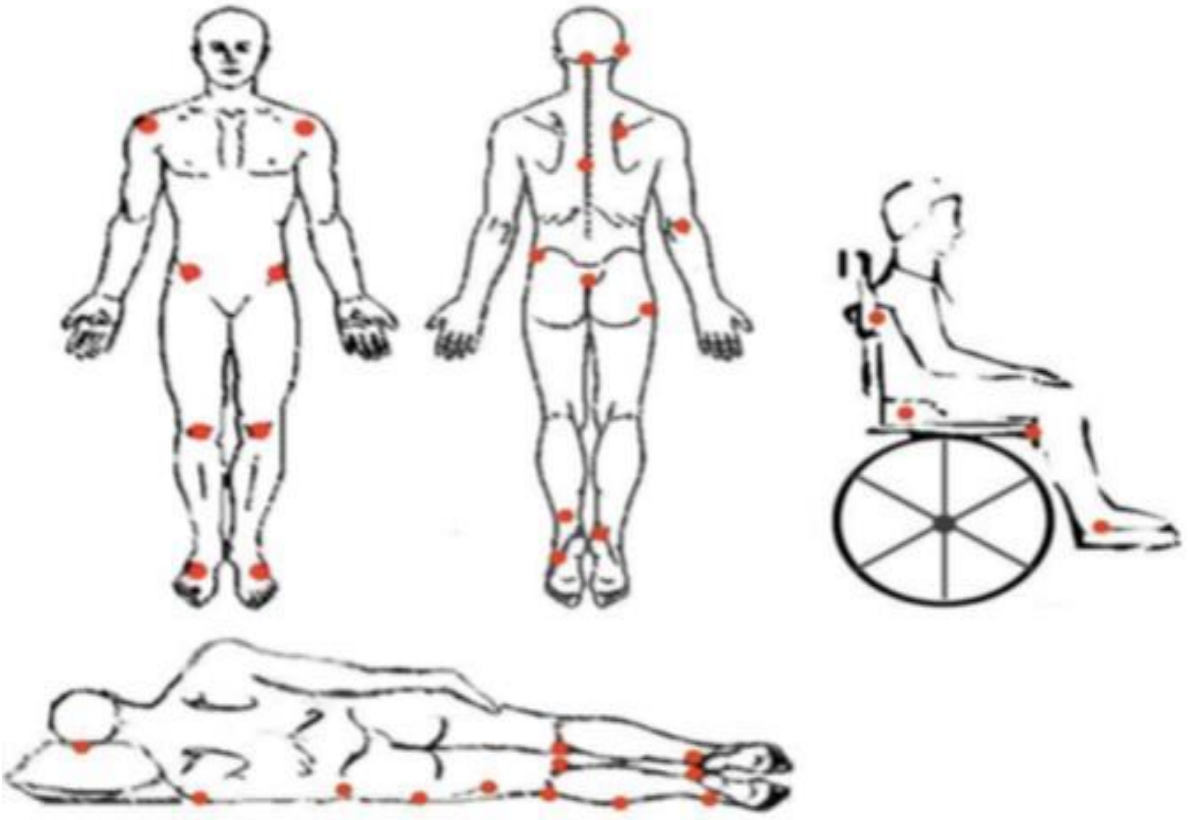


Fig. 5 : Points de pression maximum

➢ **Facteurs de risque des escarres**

- La dénutrition et l'immobilisation sont les deux principaux facteurs prédictifs de risque de survenue des escarres.

Selon l'ANAES en 1998, les facteurs les plus incriminés sont les suivants :

* **Les facteurs intrinsèques** : l'âge, malnutrition, déshydratation, état de la peau, baisse du débit circulatoire, neuropathie responsable d'une perte de sensibilité, l'état psychologique et le manque de motivation à participer aux soins

***Les facteurs extrinsèques** : facteurs mécaniques : pressions, frictions, cisaillements ou macérations prolongés de la peau.

Selon le Royal College of Nursing en 2001, d'autres facteurs de risque (grade B1) complètent la liste de l'ANAES :

– les antécédents d'escarre ;

– la déshydratation ;

– certaines maladies aiguës ;

– les pathologies chroniques graves et la phase terminale de pathologies graves.

➢ **Classification des escarres :**

Elles peuvent être classifiées en 4 stades (Classification de Européen Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAP) :

- *Stade 1 : Rougeur ne disparaissant pas à la pression*
  - Le premier stade se manifeste par une rougeur qui ne disparaît pas à la pression, et ce en l'absence de lésion cutanée. Ce stade peut s'accompagner d'une décoloration de la peau, de chaleur, d'un œdème ou d'une induration du tissue
- *Stade 2 : Phlyctène ou phlyctène ouverte*
  - Le deuxième stade est une altération superficielle de la peau au niveau de l'épiderme et/ou du derme. L'ulcère est superficiel.
  - Cliniquement, ce stade est caractérisé par une phlyctène, éventuellement ouverte
- *Stade 3 : Escarre superficielle*
  - C'est une atteinte de la peau avec dommage ou nécrose de l'épiderme et du derme, dommage qui peut toucher jusqu'aux fascias sous-jacents mais qui n'atteint pas les tissus situés plus en profondeur
  - Cliniquement, ce stade se manifeste par un cratère, avec ou sans atteinte des tissus environnants.
- *Stade 4 : Escarre en profondeur*
  - Elle se caractérise par une atteinte importante, nécrose tissulaire et/ou détérioration, des muscles, du tissu osseux ou des tissus sous-jacents avec ou sans dommage du derme et de l'épiderme. A ce stade, une détérioration du tissu peut se produire, ainsi que des lésions en forme de sinus.

➢ **Evaluation des escarres**

La description et l'évaluation initiale sont essentielles au choix d'une stratégie de traitement et de soins. Elles constituent une référence pour les évaluations ultérieures. Ce bilan de départ permet

d'informer le patient du pronostic de l'escarre et de favoriser sa participation aux soins. Pour l'institution, il permet de planifier et d'organiser les soins, de prévoir la charge de travail et d'estimer les coûts. Il précise le nombre d'escarres et pour chacune d'elles la localisation, le stade, les mesures de la surface et de la profondeur de la plaie, l'aspect de la peau périlésionnelle. Il comprend également une évaluation de la douleur.

Les classifications anatomo-cliniques décrivant le stade de l'escarre sont nombreuses, proposant entre 3 et 15 stades différents. La classification le plus fréquemment utilisée est celle de SHEA (5 stades anatomiques selon la profondeur des lésions) sous sa forme modifiée par le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (annexes).

- **Prise en charge des escarres :**

*Prévention des escarres*

La prévention est primordiale pour réduire l'incidence des escarres. La mise en place des mesures générales de prévention commence dès l'identification des facteurs de risque. Ces mesures s'appliquent à tout patient dont l'état cutané est intact mais estimé à risque et visent à éviter la survenue de nouvelles escarres chez les patients qui en ont déjà développé.

- Évaluer le risque en utilisant des échelles d'évaluation (échelle de Norton voir annexe)
- Examiner l'état de la peau tous les jours
- Maintenir une peau sèche et hydratée, éviter des massages sur les points de pression et les zones érythémateuses
- Privilégier des changements de position en respectant le confort du patient et une mise en décharge des extrémités surtout et des éminences osseuses.
- Pour les patients alités ajuster le chevet à 30°
- Offrir un support nutritionnel adapté à l'état général et pronostic du patient.
- L'utilisation des matelas anti-escarres peuvent êtres préconisés, mais ils sont mal tolérés par les patients.

*Soins des escarres*

La prise en charge thérapeutique des escarres en soins palliatifs a pour objectif de :

• prévenir la survenue de nouvelles escarres, en sachant que leur survenue est souvent inévitable en phase terminale ;

• limiter au maximum l'extension de l'escarre et éviter les complications et les symptômes inconfortables ;

• traiter localement l'escarre en étant attentif au confort du patient ainsi qu'au soulagement de la douleur ;

• maintenir le patient propre et diminuer au maximum l'inconfort physique et psychique lié à l'escarre.

Les soins et les pansements dépendent du stade de l'escarre :

**Stade 1** : Pansement préventif :

- Pansement hydrocolloïde mince transparent à changer une fois par semaine jusqu'au Décollement)

**Stade 2 :**

- Pansement hydrocolloïde
- En cas d'exsudat pansement hydro cellulaire

**Stade 3-4**

- Tissue nécrotique ou exsudat modéré : Détersion chirurgicale et/ou enzymatique (Collagénase) et/ou auto lytique (hydrogel, hydro colloïde)
- Exsudat abondant : pansement hydro fibres ou d'alginate de calcium, pansement hydro Colloïde ou hydro cellulaire
- Saignement : alginate de calcium, anti fibrinolytique, adrénaline, sucralfate
- Infection: pansement d'argent et charbon actif, antibiothérapie topique (gentamicine, mupirocine, metronidazole)

# VIII. Derniers jours de vie/ Agonie

## 1. Définitions

➢ **Derniers jours :**

Phase de l'évolution terminale d'une maladie incurable qui conduira à la mort en quelques heures ou quelques jours.

➢ **Pré agonie :**

Phase qui précède l'agonie provoquée par la défaillance d'une ou plusieurs des principales fonctions vitales

➢ **Agonie :**

État qui précède la mort dans les situations où la vie s'éteint progressivement. Se définit comme irréversible et aboutit à la mort

## 2. Symptomatologie

| Symptomatologie | La phase pré-agonique | La phase agonique |
|---|---|---|
| Neurologique | - Variation de l'état de conscience<br>- Épisodes de confusion aiguë<br>- Hallucinations visuelles et/ auditives | - Coma aréactif<br>- Hypotonie<br>- Abolition du reflexe cornéen<br>- Myosis |
| Respiratoire | - Tachypnée<br>- Cyanose périphériques<br>- Encombrement respiratoire | - Bradypnée<br>- Râles agoniques aboutissant à des gasps<br>- Cyanose importante |
| Cardiovasculaire | - Tachycardie voire pouls filant<br>- Variation de la tension artérielle<br>- +/- marbrures cutanées | - Pouls imprenable<br>- Tension basse ou imprenable<br>- Extrémités froides<br>- Marbrures cutanées |

| Signes de l'agonie selon Menten (20 04 ) | |
|---|---|
| - Nez froid et pâle | - Pauses d'apnées (>15 s/min) |
| - Anurie (<300 ml/24h) | - Somnolence (15h par jour) |
| - Râles agoniques | - Extrémités froides |
| - Lividités | - Lèvres cyanosées |

La présence de 4 des 8 signes prédit le décès dans un délai de 4 jours

### 3. Modalités de prise en charge

**Principes de prise en charge :**

- Orienter exclusivement les soins et les traitements vers le confort
- Traiter les symptômes d'inconfort : râles agoniques, fièvre, agitation, douleur
- Adapter les gestes soignants avec mise en œuvre des toilettes à minima et la limitation des retournements
- Réduire au minimum les soins d'escarre ou de plaies en utilisant des pansements adaptés qui permettront un rythme de réfection limité pour diminuer le risque d'inconfort.
- Adapter l'alimentation et l'hydratation
- Être attentif au confort buccal et maintenir une bouche humide, propre et non douloureuse
- Offrir un soutien psychosocial et spirituel adéquat au patient et sa famille
- Prévenir le burnout de la famille pendant l'agonie prolongée.

**Prise en charge du patient :**

✓ Adaptation des traitements

- Il est préférable de privilégier la voie orale autant que possible, mais quand celle-ci devient impossible privilégier la voie sous cutanée.
- Il faut se limiter à administrer les traitements symptomatiques

✓ Adaptation de la nutrition

- En phase terminale la nutrition entérale ou la nutrition parentérale n'est plus utile
- Le maintien de la nutrition entérale /parentérale peut augmenter l'inconfort du malade

- Quel que soit le type de la nutrition son arrêt n'entraîne pas d'inconfort pour le malade.

✓ Adaptation de l'hydration:

- Se limiter à hydrater à minima en offrant 1-2 ml d'eau toutes les 30 minutes
- Une hydratation complémentaire peut être mise en œuvre par voie sous cutanée (Hypodermoclyse) mais elle n'est pas obligatoire n'est pas obligatoire.
- Durant les dernières heures diminuer drastiquement ces apports, voire les arrêter.
- Il est essentiel de maintenir une bonne hygiène buccale et de réaliser des soins de bouches réguliers

✓ Anticiper les urgences

- Mettre en place des prescriptions anticipées pour faire face à une situation de déséquilibre Ou d'urgence symptomatique.
- Certains médicaments doivent être disponibles à domicile avec les modalités D'administration précisées.

### 4. Prise en charge de l 'entourage

✓ Intensifier les passages à domicile de l'EMSP

- Il est nécessaire d'augmenter les interventions à domicile et les rendre pluriquotidiennes car elles sont rassurantes pour le malade et surtout pour ses proches.
- Si c'est difficile à mettre en œuvre, établir des contacts téléphoniques réguliers pour que la famille perçoive que notre attention et vigilance est redoublée autour de ce qui est vécu à la maison.

✓ Soutenir les proches :

- Se préoccuper de leur état de santé en étant vigilant quant à l'état de santé de l'aidant principal.
- S'enquérir de la qualité des nuits de l'aidant principal ; dans ce sens des thérapeutiques à visée sédative peuvent être administrées le soir pour faciliter une nuit calme.

✓ Accueillir les paroles des proches

- Les conforter dans l'attention et les gestes qu'ils ont réalisés au cours des dernières Semaines.

- Écouter leurs doutes, leurs émotions, leur expliquer le sens des soins
- Leur redire la place prioritaire donnée au confort de vie jusqu'au bout
- Les rassurer sur l'absence d'obstination déraisonnable
- Échanger et partager l'information avec le plus grand nombre possible de membres de la Famille afin de favoriser les ajustements entre eux.

✓ Parler des conditions du mourir

- Donner des explications, mettre des mots sur le moment du mourir et faciliter l'expression des questions qui inquiètent les proches.
- Expliquer que le moment du mourir peut-être calme et que les soins sont axés dans ce sens.
- Indiquer à la famille la personne à appeler lors des derniers jours ou en cas de décès ; pour Les proches l'idée du décès la nuit est souvent angoissante, savoir qu'ils pourront appeler Un professionnel les rassure.
- Faire en sorte que l'aidant principal ne soit pas seul notamment la nuit.
- Les rassurer sur certains points comme la nutrition et l'hydratation en leur expliquant que le patient n'a souvent plus faim, la sensation de soif n'existe habituellement pas en fin de vie lorsque les soins de bouches sont effectués de manière régulière et efficace.

✓ Évoquer une hospitalisation

- Même si le souhait de la personne malade et de sa famille est celui d'un accompagnement jusqu'au bout au domicile, l'éventualité d'une hospitalisation peut être rediscutée dans le but de vérifier s'il existe toujours un accord familial autour de l'accueil à domicile.
- Une hospitalisation devrait être prévue en cas de fragilité ou d'épuisement de l'aidant principal, changement dans le projet initial ou en cas de panique autour du mourir à domicile. Une hospitalisation ne doit pas être considérée comme un échec de la prise en charge à domicile, l'important est plutôt d'éviter une hospitalisation d'urgence, non programmée, dans un contexte majeur d'angoisse, de désaccords ou de conflits.

# Résumé

Les soins palliatifs sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie et conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologies lorsqu'il y en a ». Leur organisation fait aujourd'hui partie des éléments évalués pour toute demande d'autorisation des établissements de santé à la pratique de l'oncologie. Ils ne sont pas une nouvelle spécialité, mais une organisation coordonnée de différentes compétences à disposition du malade et de son entourage.

Les soins palliatifs améliorent la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés, incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge, et ils offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil tout en utilisant une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles.

Ils regroupent notamment la prise en charge de la douleur, la psycho-oncologie, la nutrition, la rééducation, l'accompagnement social, mais aussi en fonction du stade de la maladie, l'annonce, les effets secondaires en cours de traitement, ou encore l'après cancer (réinsertion professionnelle, fertilité, etc.). Ces soins peuvent se mettre en place à domicile ou à l'hôpital. Ils peuvent être proposés pendant et après le traitement de la maladie mais également lorsque les traitements du cancer n'ont plus d'effet.

Le but de ce travail est de proposer une harmonisation et une homogénéité des pratiques cliniques concernant les procédures de prise en charge des soins palliatifs des malades cancéreux au CHU Hassan II des Fès, et d'élaborer un outil permettant d'identifier les éléments utiles à la mise en place et au développement de l'unité des soins palliatifs dans notre formation et dans la région de Fès.

# Annexes

## Annexe 1 : Indice de Karnofsky

C'est une échelle qui permet au médecin d'évaluer le degré d'autonomie et de dépendance d'un patient. L'évaluation se fait en pourcentage. L'indice va de 100 % (« normal, aucune plainte, aucun signe ou symptôme de maladie ») à 10 % (« moribond, processus fatal progressant rapidement ») en passant par différents états intermédiaires.

| Définition | % | Critères |
|---|---|---|
| **Peut mener une activité normale** | **100** | Etat général normal - Pas de plaintes, ni signes De maladie |
| **Pas de prise en charge particulière** | **90** | Activité normale - Symptômes mineurs - Signes mineurs de maladie |
| | **80** | Activité normale avec difficultés - Symptômes De la maladie |
| **Incapable de travailler**<br>**Séjour possible à la maison**<br>**Soins personnels possibles** | **70** | Capable de s'occuper de lui-même - Incapable De travailler normalement |
| | **60** | Besoin intermittent d'une assistance mais de Soins médicaux fréquents |
| **Incapable de s'occuper de lui-même** | **50** | Besoin constant d'une assistance avec des Soins médicaux fréquents |
| | **40** | Invalide - Besoin de soins spécifiques et D'assistance |
| **Soins institutionnels souhaitables** | **30** | sévèrement handicapé, dépendant |
| | **20** | Très malade soutien actif, absence totale D'autonomie |
| **Etats terminaux** | **10** | Moribond, processus fatal progressant Rapidement |
| | **0** | Décédé |

## Annexe 2 : Brief Pain Inventrory

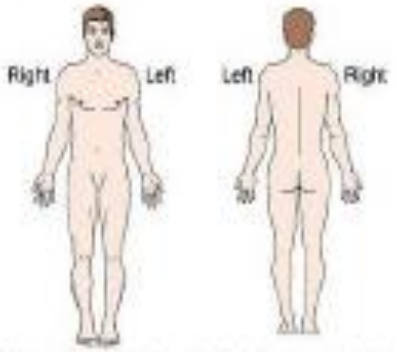
**Brief Pain Inventory**

Date: ___/___/___ Time: _____

Name: _____
Last First Middle initial

1. Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?
   1. Yes 2. No

2. On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.




3. Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its worst in the past 24 hours.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No pain | | | | | | | | | | Pain as bad as you can imagine |

4. Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its least in the past 24 hours.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No pain | | | | | | | | | | Pain as bad as you can imagine |

5. Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on the average.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No pain | | | | | | | | | | Pain as bad as you can imagine |

6. Please rate your pain by circling the one number that tells how much pain you have right now.

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No pain | | | | | | | | | | Pain as bad as you can imagine |

7. What treatments or medications are you receiving for your pain?

_____

_____

8. In the past 24 hours, how much relief have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that most shows how much relief you have received.

| 0% | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No relief | | | | | | | | | | Complete relief |

9. Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, pain has interfered with your:

A: General activity

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Does not interfere | | | | | | | | | | Completely interferes |

B: Mood

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Does not interfere | | | | | | | | | | Completely interferes |

C: Walking ability

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Does not interfere | | | | | | | | | | Completely interferes |

D: Normal work (includes both work outside the home and housework)

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Does not interfere | | | | | | | | | | Completely interferes |

E: Relations with other people

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Does not interfere | | | | | | | | | | Completely interferes |

F: Sleep

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Does not interfere | | | | | | | | | | Completely interferes |

G: Enjoyment of life

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Does not interfere | | | | | | | | | | Completely interferes |

**Annexe 3 : M.D Anderson Symptom Inventorie**

## M.D. Anderson Symptom Inventory

Severity ratings (0 -10) for past 24 hours of:

- Pain
- Nausea
- Emotional distress
- Lack of appetite
- Dry mouth
- Emesis
- Numbness or tingling
- Fatigue
- Disturbed sleep
- Shortness of breath
- Feeling drowsy
- Sadness
- Problems with remembering

Interference ratings (0 -10) for past 24 hours of symptoms on:

- General activity
- Work
- Walking
- Mood
- Relations with others
- Enjoyment of life

**Annexe 4 : Coefficient de conversion**

| | | |
|---|---|---|
| **Hydromorphone** | **7,5-8/1** | **8 mg d'hydromorphone = 60 mg de Morphine** |
| **Oxycodone** | **2/1** | **5 mg d'oxycodone = 10 mg de morphine** |
| **Fentanyl transdermique** | **100/1** | **1 patch de 25 µg/h tous les 3 jours = 60 mg de morphine orale / 24h** |
| **Méthadone** | **2/1** | **5 mg de méthadone = 10 mg de morphine** |
| **Buprénorphine** | **30 à 50/1** | **0,2 mg de buprénorphine = 6 à 10 mg de morphine** |

**Annexe 5 : Echelle DOLOPLUS ou évaluation comportementale chez le sujet âgé non communicant**

## ECHELLE DOLOPLUS - 2 EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM : Prénom : Service : DATES

Observation Comportementale

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **RETENTISSEMENT SOMATIQUE** | | | | | |
| 1• Plaintes somatiques | • pas de plainte | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • plaintes uniquement à la sollicitation | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • plaintes spontanées occasionnelles | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • plaintes spontanées continues | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 2• Positions antalgiques au repos | • pas de position antalgique | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • position antalgique permanente et efficace | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • position antalgique permanente inefficace | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 3• Protection de zones douloureuses | • pas de protection | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • protection au repos, en l'absence de toute sollicitation | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4• Mimique | • mimique habituelle | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide) | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 5• Sommeil | • sommeil habituel | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • difficultés d'endormissement | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • réveils fréquents (agitation motrice) | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil | 3 | 3 | 3 | 3 |
| **RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR** | | | | | |
| 6• Toilette et/ou habillage | • possibilités habituelles inchangées | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 7• Mouvements | • possibilités habituelles inchangées | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements) | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition | 3 | 3 | 3 | 3 |
| **RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL** | | | | | |
| 8• Communication | • inchangée | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • diminuée (la personne s'isole) | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • absence ou refus de toute communication | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 9• Vie sociale | • participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • participation aux différents activités uniquement à la sollicitation | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • refus partiel de participation aux différentes activités | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • refus de toute vie sociale | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 10• Troubles du comportement | • comportement habituel | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | • troubles du comportement à la sollicitation et itératif | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | • troubles du comportement à la sollicitation et permanent | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | • troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) | 3 | 3 | 3 | 3 |
| COPYRIGHT | SCORE | | | | |

## *Annexe 6 : Comment conduire une titration Intraveineuse*

### Principes de titration Intraveineuse

En pratique, la titration débute par la prescription d'un bolus de morphine IV à la dose de 0,05 mg / kg, laquelle est suivi d'une dose plus faible de morphine (1 à 3 mg selon l'intensité de la douleur, le terrain et la réponse) à intervalle régulier ; cette intervalle correspond au délai d'action de la molécule injectée (morphine 3 à 5-10 min selon le terrain), après lequel une réévaluation de l'intensité de la douleur sera réalisé afin de décider de la poursuite ou non de la titration.

La titration s'arrête lorsque l'objectif thérapeutique est atteint : il est défini par un score d'intensité de la douleur équivalent à une EVA < 3/10.

La titration intraveineuse est plus efficace et rapide pour soulager le patient. Cependant elle nécessite une hospitalisation et une organisation structurelle de la gestion des patients sous titration de morphine (protocoles, fiche de surveillance, instructions de sortie, éducation du patient…).

Toute titration nécessite une surveillance neurologique et respiratoire pour dépister tout surdosage. Les éléments de surveillances sont représentés dans le tableau suivant.

| Echelle de sédation (RUDKIN) | | Echelle de respiration | |
|---|---|---|---|
| S1 | Patient complétement éveillé et orienté | R0 | Normale et FR>10 |
| S2 | Patient somnolent | R1 | Normalement et FR>10 |
| S3 | Patient avec les yeux fermés mais répondant à l'appel | R2 | Irrégulière ou FR<10 |
| S4 | Patient avec les yeux fermés mais répondant à une stimulation tactile légère | R3 | Pauses / Apnée |
| S5 | Patient avec les yeux fermés mais ne répondant pas à une stimulation tactile légère | | |

Les critères d'arrêt de la titration (quel que soit sa voie d'administration) sont

- Une EVA < 3 /10
- Un score S2 et/ou R2,
- La bradypnée / pauses respiratoires
- L'hypoxie
- L'allergie

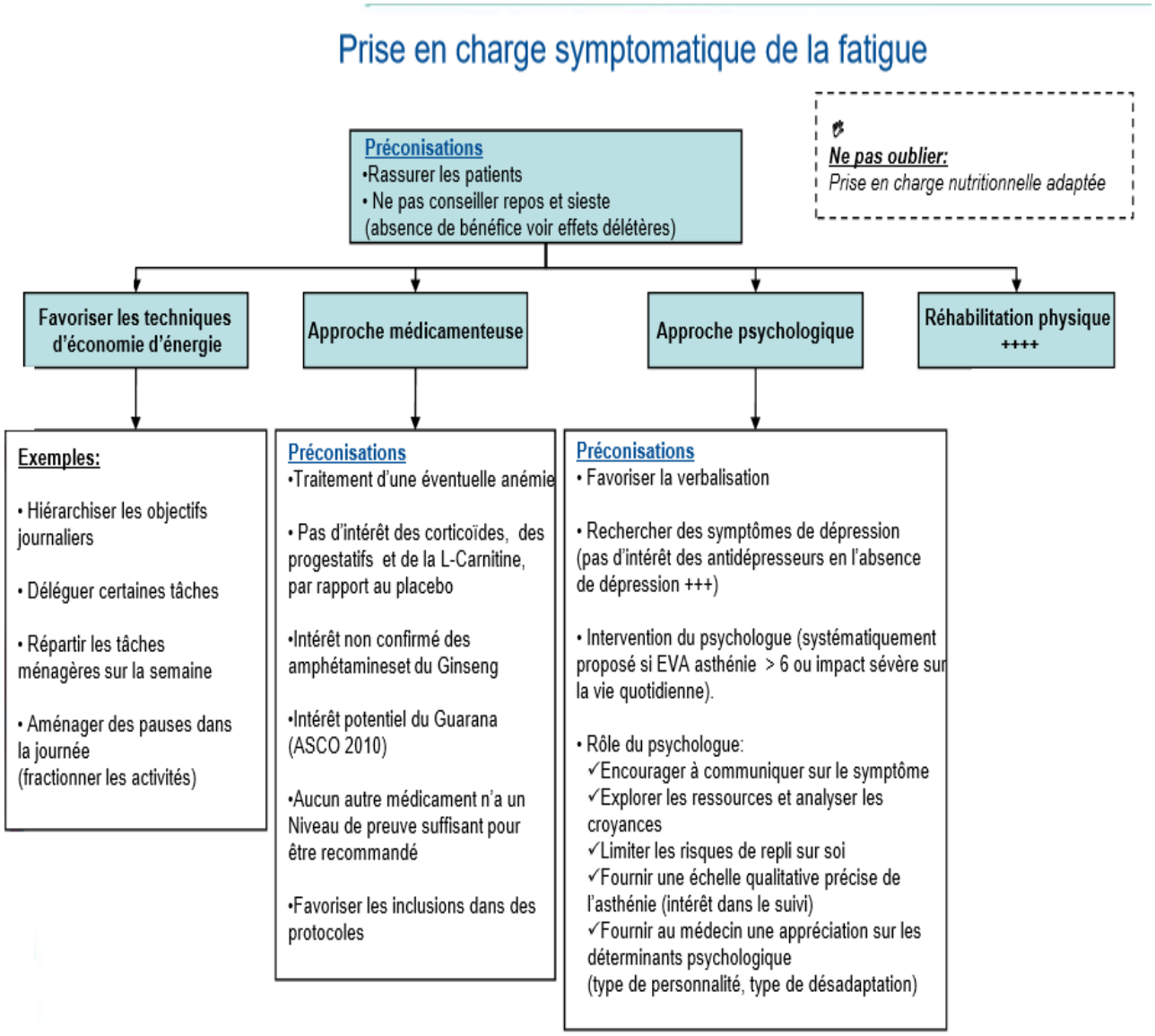
En cas de surdosage la conduite à tenir est la suivante :

- Oxygénation
- Arrêt de la titration
- Stimulation du patient (pour « réveiller » les centres respiratoires)
- Administration de la naloxone par titration
  - Diluer une ampoule de 0,4 mg (1 ml) dans 9 ml de sérum salé 0,9 %
  - Administrer 1 ml toutes les 2 minutes en IV jusqu'à obtention d'une fréquence respiratoire > 10 cycles / minutes.

**Annexe 7 : Questionnaire DN4**

| | | Oui | Non |
|---|---|---|---|
| Interrogatoire | **Question 1 :** La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques | | |
| | 1. *Brûlure* | | |
| | 2. *Sensation de froid douloureux* | | |
| | 3. *Décharges électriques* | | |
| | **Question 2 :** La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des Symptômes suivants ? | | |
| | 4. *Fourmillements* | | |
| | 5. *Picotements* | | |
| | 6. *Engourdissements* | | |
| | 7. *Démangeaisons* | | |
| Examen | **Question 3 :** La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en Évidence : | | |
| | 8. *Hypoesthésie au tact* | | |
| | 9. *Hypoesthésie à la piqûre* | | |
| | **Question 4 :** La douleur est-elle provoquée ou augmentée par : | | |
| | 10. *Frottement* | | |
| **Chaque « Oui » = 1 pts** | **Score** | /10 | |

**Annexe 8 : prise en charge symptomatique de la fatigue**



**Annexe 9 :** Gestion des stomies digestives et urinaires

- **Définition**

Une stomie digestive est une intervention chirurgicale qui a pour but d'aboucher une partie de l'intestin et l'appareil urinaire à la peau de l'abdomen. On différencie les

- Stomies d'alimentation
  - Gastrostomie ou jéjunostomie qui vise à apporter un apport alimentaire à travers un tube introduit soit dans l'estomac ou dans l'intestin grêle
- Stomies de décharge
  - Colostomies Iléostomies urétérostomies qui visent à évacuer des selles, des gaz ou des urines qui seront recueillis et collectés grâce à une poche spéciale placée sur l'orifice.
  - Ces stomies sont soit latérales soit terminales

- **Appareillage :**

*Système de recueil :*

Pour les stomies de décharges

- Système à une pièce
- Système à 2 pièces
- Vidangeable ou non vidangeable
- Transparent ou non transparent

*Comment choisir ?*

Critères à prendre en compte

- Le niveau de la stomie et la nature des selles (Selles solides = système 1 pièce ou 2 pièces fermé ; Selles liquides ou abondantes = système 1 pièce vidable ou 2 pièces.
- Les caractéristiques de la peau péristomiale. (Normale, non irritée = système 1 pièce ou 2 pièces ; Fragile, irritée = système 1 pièce vidable ou 2 pièces.
- La dextérité de la personne qui fait le soin.
- Le choix des moyens

*Règle générale : ne pas effectuer plus d'un changement de poche par jour .*

- **Soins des stomies**

*Stomie de décharges*

**i. Règles générales :**

- Essayer d'assurer l'autonomie du patient et de sa famille pour la gestion et les soins de la stomie+++
- S'installer de préférence dans la salle de bains
- Bien préparer le matériel

Poche 1 pièce ou 2 pièces avec un protecteur cutané adapté à la forme et à la taille (+3mm) de la stomie.

But : éviter les irritations cutanées.

Le protecteur cutané est conçu pour coller à la peau ET protéger, cicatriser celle-ci des selles plus ou moins érrosives.

Des compresses non-stériles, ou essuie-tout, ou gant de toilette doux.

Un sac poubelle (à jeter dans les ordures ménagères)

Eau du robinet (potable) et éventuellement du savon de Marseille ou savon neutre. Pas d'autres produits tels que éosine, antiseptique, pâte à l'eau ou autre : produits inutiles voire nocifs avec les matériaux actuels.

*Déroulement des soins*

Se laver les mains (lavage simple), port de gants pour les soignants.

Décoller la poche du haut vers le bas et la jeter (vider la poche avant si possible).

Examiner l'envers du support : usure, zone de fuite

Nettoyer sans agresser la stomie et son pourtour à l'eau tiède.

Bien rincer si utilisation de savon et bien sécher (vérifier avec le doigt).

S'assurer qu'il n'y a pas de changement de taille de découpe. Faire un gabarit si besoin.

Coller la nouvelle poche ou le support, sans faire de pli.

Se laver les mains.

**Ce qu'il ne faut pas faire :**

Une découpe plus large que l'irritation cutanée, au contraire, il faut trouver le moyen de protéger la zone irritée pour qu'elle cicatrise au plus vite.

Colmater un début de fuite en espérant que la poche tienne encore un peu parce que les effluents continuent d'irriter voire brûler la peau sous le support.

*Rythme de changement de poche ou de support*

Système 1 pièce fermé : 1 fois par jour, vidable : 1 fois tous les 2 jours

Système 2 pièces : tous les 2 à 4 jours, en fonction du délitement du protecteur cutané.

La poche peut être changée plus souvent selon les besoins.

Quand ?

- Selon le choix du stomisé
- Selon le moment de la journée où il y a des selles
- À distance des repas (en cas de selles liquides)

Stomies d'alimentation

Les soins des stomies d'alimentation rejoignent les soins infirmiers des drains

- Nettoyer autour du drain
- S'assurer de la fixation stable du drain
- Guetter d'éventuelle complication

**Complication des stomies**

**Hémorragies péristomiale**

Saignement par les berges stomiale

Cause irritation de la stomie

Conduite à tenir : produit hemostatique locaux/ hemostase chirurgicale

**Eviscération**

Extériorisation de tout ou partie des anses intestinales.

Raison : toux, vomissements,

amaigrissement, Ascite.

Conduite à tenir : contention //chirurgie si risque de complication ou gène.

**Nécrose**

Modification de la couleur du portour stomial (appareillage transparent).

Cause : striction vasculaire de la stomie.

Conduite à tenir : partielle (surveiller), sinon réintervention chirurgical afin d'ôter les tissus nécrosés.

**Occlusion**

Obstruction stomiale responsable d'un arrêt des matieres et des gaz

Cause : obstruction luminale (selles) extra luminale (lié au cancer : carcinose..)

Conduite à tenir : toucher stomial+++ et traitement de l'occlusion (cf)

**Désinsertion ou rétraction**

Désunion partielle ou totale de la stomie.

Cause : infection peristomiale.

Conduite à tenir : surveillance et soins d'hygiene.. reintervention chirurgicale

**Abcès et ou fistule péristomiale**

Ecoulement purulent au niveau peristomiale ou a distance relié a une collection infectée

Cause : infection

Conduite à tenir : soins locaux avec raincage / drainage chirurgical

**Irritation péristomiale :**

Apanage des ileostomies

Gestion complexe et indipensable : nettoyage/ hydratation crème/protection et adaptation de l'orrifice du support à la stomie

## ANNEXE 10 : Facteurs de risque du deuil compliqué

**Facteurs Relationnels**

- Perdre un fils (fille), conjoint, mère ou père à un âge précoce et/ou frère (sœur) pendant l'adolescence.
- Avoir une relation de dépendance avec le défunt qui impliquera une adaptation compliquée au changement de rôle.
- Avoir une relation conflictuelle ou ambivalente avec le défunt ; avec sentiments Contradictoires d'amour/haine non exprimés.

**Facteurs circonstanciels**

- L'âge jeune du défunt.
- Mort subite (accident, homicide, suicide)
- Maladie et agonie prolongées
- Cadavre non récupéré.
- Mauvais souvenir du processus de la maladie
- Mort stigmatisée

**Facteurs personnels**

- Personne endeuillée jeune ou âgée.
- Ressources émotionnelles insuffisantes pour gérer le stress.
- Antécédents psychiatriques.
- Sentiments intenses de colère, amertume ou de culpabilité
- Deuils antérieurs non résolus.

  Absence d'occupations ou d'intérêts.

**Facteurs sociaux**

- Absence de soutien du réseau socio-familial et ou entourage conflictuel.
- Manque de ressources socio-économiques.
- Avoir des enfants de bas âge
- Milieu professionnel conflictuel.

**Facteurs de risque pour les enfants et adolescents**

- Environnement instable, absence de la figure responsable.
- Isolement pendant le processus de l'information et participation dans les soins du défunt.
- Sentiments d'abandon et de solitude.
- Dépendance d'un parent en deuil compliqué.
- Relation négative avec la nouvelle figure.
- Mort de la mère pour les filles < 11 ans et du père pour les garçons adolescents.
- Manque de discipline imposée pour l'enfant et l'adolescent

## Annexe 11 : Hypodermoclyse ( hydratation par voie sous cutanée)

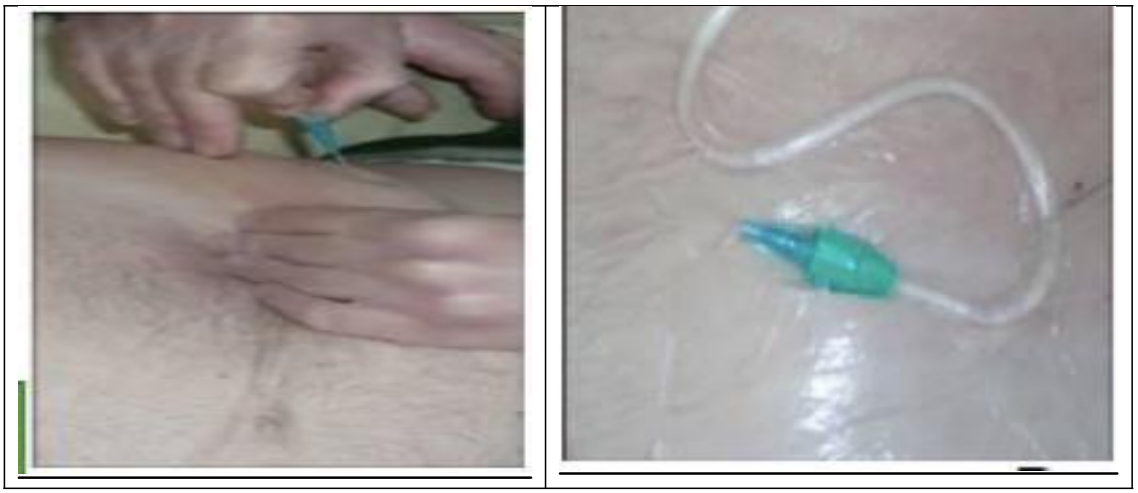
- Privilégier les solutés salés qui diffusent mieux en sous-cutané,
- Matériel : papillon sc. 21-23G,
- Site de ponction :sur l'abdomen de préférence à 4 travers de doigts de l'ombilique
- En cas d'Œdème sur le site de la ponction il faut appliquer un léger massage pour que le liquide accumulé soit réabsorbé
- En cas de douleur il faut diminuer le rythme de la perfusion
- Ne pas utiliser en cas de choc hypovolémique
- Hypodermoclyse Continue en 24h

✓ Rythme de 40-60 ml

✓ Limite la mobilité du patient, maximum 1,5L par jour (jusqu'à 3l en cas de 2 sites de ponction différents)

- Hypodermoclyse nocturne pendant 12h

✓ Rythme 80ml/h

✓ Mieux tolérée par le patient et le soigneur principal

- Pendant la phase des derniers jours elle sera envisagée de façon complémentaire et jamais obligatoire ; ne pas dépasser 250-500cc par jour pour le risque de surcharge hydrique, majoration d'oedèmes, toux, vomissements et râles agoniques.
- Comme toute hydratation elle n'apporte aucun bénéfice sur la survie ni le contrôle symptomatique pendant la phase des derniers jours