

# Prise en charge palliative au travers d'un cas clinique

Dr. Marie-Francoise AGASSE

Dr Jazmin BUZOGANY

USP CH Rodez

# Objectifs:

- Appréhender de façon pratique la gestion des patients en phase palliative à domicile ou en institution
- Dédramatiser la notion de “soins palliatifs”
- Faciliter la réflexion médicale dans une situation palliative

# Définition des soins palliatifs par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) Définition de 1990

- Les soins palliatifs sont des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. La lutte contre la douleur et d'autres symptômes et la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels, sont primordiales.
- Le but des soins palliatifs est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille.
- De nombreux éléments des soins palliatifs sont également applicables au début de l'évolution de la maladie, en association avec un traitement anticancéreux.
- Les soins palliatifs affirment la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort, procurent un soulagement de la douleur et des autres symptômes pénibles, intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans les soins aux malades, offrent un système de soutien pour aider les malades 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.

# Cas clinique:

Mme B., 62 ans, adressée par son oncologue et rencontrée en consultation en janvier 2021

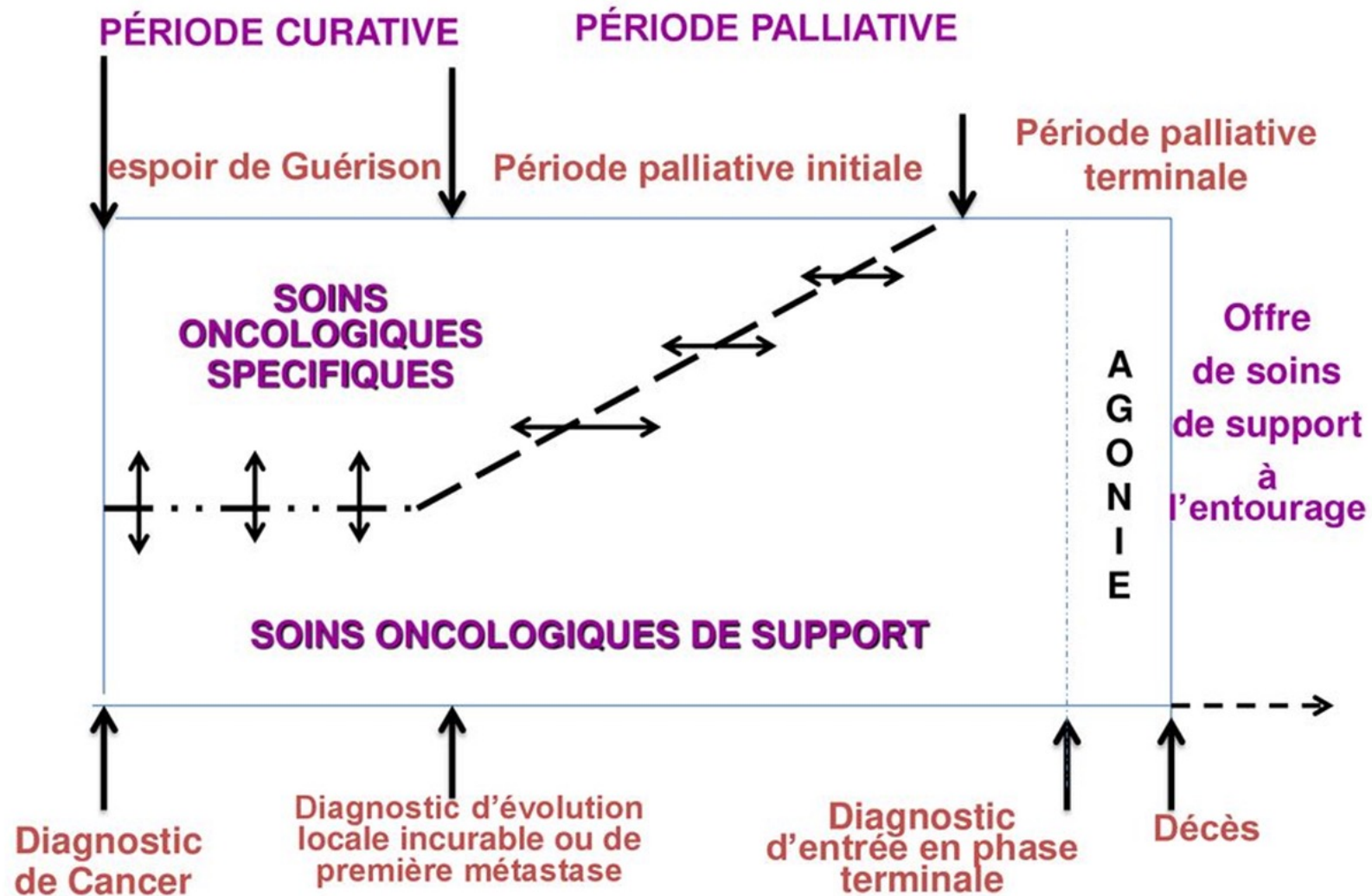
Antécédents:

- AVC ischémique
- Embolie pulmonaire
- Adénocarcinome pulmonaire LSD, T2N3M1, d'emblé métastatique osseux

# Cas clinique:

- Prise en charge oncologique depuis fin 2019 par chimiothérapie: Carboplatine-Alimta-Pembrolizumab ensuite Alimta en entretien
- Novembre 2020: évolution cérébrale et progression osseux
- Sciatalgie S1 droite sur envahissement bassin droit+/- lésions vertébrales lombo-sacrés
- RTE antalgique en décembre 2020
- 3<sup>ème</sup> ligne thérapeutique avec Nivolumab
- Patiente asymptomatique sur le plan neurologique, pas de traitement

# Continuité et Globalité des soins en palliatif



# Cas clinique:

- Cliniquement douleurs de l'hémibassin droite en lien avec des lésions ostéolytiques, de caractère mixtes, insomniantes, d'intensité 7/10 EN et pics de 10/10 EN.
- Notion d'intolérance: Oxycontin, Tramadol, Dafalgan Codéiné
- Prescription d'Izalgi (dafalgan+ opium)+AINS. Proposition de traitement par Duloxetine. Poursuite Xgeva (denosumab).
- Proposition de suivi lors de séances d'immunothérapie

# Prise en charge de la douleur en SP:

- Evaluation selon une échelle adaptée au patient
- Selon la SFAP pour les adultes:

## A. Echelles d'auto évaluation

- a) EVA
- b) EN
- c) EVS

## B. Echelles d'hétéro évaluation

- a) Algoplus
- b) Doloplus
- c) ECPA



# Prise en charge de la douleur en SP:

## Questionnaire DN4

- Outil spécifique pour la recherche de la douleurs neuropathique
- Positif si score à  $> 4/10$

### Interrogatoire du patient

Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

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 ?

1. **Fourmillements**
2. **Picotements**
3. **Engourdissement**
4. **Démangeaisons**

### Examen du patient

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

1. **Hypoesthésie du tact**
2. **Hypoesthésie à la piqûre**

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

1. **Le frottement**

# Prise en charge de la douleur en SP:

- Douleur par excès de nociception

- ☐ Stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques (nocicepteurs)
- ☐ Localisation régionale
- ☐ Rythme mécanique ou inflammatoire
- ☐ Examen neurologique normal
- ☐ Efficacité des antalgiques classiques

- Douleur neuropathique

Affection du système somato-sensoriel

- ☐ Contexte neurologique, post-opératoire, ...
- ☐ Localisation correspondant à un territoire neurologique
- ☐ Caractéristiques: échelle DN4
- ☐ Troubles sensitifs
- ☐ Mauvaise réponse aux antalgiques classiques

- Douleurs dysfonctionnelle !- dysfonctionnement du système de contrôle, pas de lésion identifiée

# Prise en charge de la douleur en SP:

## **Douleur nociceptive**

- Traitement basé sur les paliers de l'OMS
- Palier 1: « non opioïdes »
  - Paracétamol: max 4g / jour
  - Aspirine
  - AINS
  - Nefopam? Max 120mg = 6amp par jour (PO hors AMM)
- Palier 2: « opioïdes faible »
  - Codéine: max 200mg (association au Paracétamol)
  - Tramadol: max 400mg par jour
- Palier 3: Opioïdes

## **Douleur neuropathique**

- Antidépresseurs
  - Tricycliques: LAROXYL (max 75 – 100mg/j)
  - IRS: EFFEXOR (max 150mg/j), CYMBALTA (max 120mg/j)
- Antiépileptiques
  - LYRICA (max 600mg/j)
  - NEURONTIN (max 2400mg/j)
- Autres
  - QUTENZA
  - VERSATIS

# Cas clinique:

- Mme B. est suivie régulièrement par l'EMSPD lors de ses séances d'immunothérapie
- Gestion antalgique insuffisante
- Escalade vers une antalgie palier 3: Skenan Lp 10 mg 1-0-2gélules, interdoses Actiskenan 5 mg; co-analgésie: Lyrica et Dafalgan. Poursuite Xgeva.
- Pas de symptômes neurologiques donc pas d'indication de traitement (RTE, CTC, antiépileptique)
- Souffrance psychologique: suivi psychologique par le psychologue EMSPD

# Prise en charge de la douleur en SP:

Site internet:  
OPIOCONVERT

**Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception**

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV - Délais action approximatifs de morphine L.I. : orale : 40 mn, SC : 20 mn, IV : 10 mn.  
 1 morphine orale = 1/2,4 fentanyl transdermique (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 hydromorphone orale = 1/2 oxycodone orale.  
 1 morphine IV = 1 oxycodone IV ou SC.  
 1 oxycodone orale = 1/2 oxycodone SC ou IV (en pratique, le ratio d'équianalgésie est entre 1/2 et 1).

Version 4 - octobre 2008  
 Fédération soins palliatifs - soins de support  
 CHU de Grenoble - 04 76 74 56 67  
 soins.palliatifs@chu-grenoble.fr

Morphine en milligrammes									Oxycodone en milligrammes						Hydromorphone en milligrammes	Fentanyl µg/heure	
Morphine orale			Morphine SC			Morphine IV			Oxycodone orale			Oxycodone SC - IV			Hydromorphone orale	transdermique	transmuqueux
Dose / 24 h	Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose / 24 h	Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose du bolus**		Dose / 24 h	Dose / 72 h	Dose du bolus	
Moscontin cp L.R. Skénan gel L.R. 10 - 30 - 60 - 100 - 200 mg	Actiskénan gel L.I. 5 - 10 - 20 - 30 mg	Sévédol cp L.I. 10 - 20 mg	morphine sol. inj. Amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg		morphine sol. inj. Amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg		Oxycontin cp L.R. 5 - 10 - 15* - 20 - 30* - 40 - 60* - 80 - 120* mg	Oxynorm gel L.I. 5 - 10 - 20 mg	OxynormORO* cp orodispersible L.I. 5 - 10 - 20 mg	Oxynorm sol. inj. Amp 10* - 20 - 50* mg		Sophidone gel L.R. 4 - 8 - 16 - 24 mg		Durogesic patch Fentanyl ratiopharm* Matrifan patch* 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Actiq 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg/h		
	1/10	1/6	1/10	1/6	1/10	1/6		1/10	1/6	1/10	1/6						
20	2	3,5	10	1	1,5	6,5	0,5	1	10	1	1,5	6,5	0,5	1			
30	3	5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	15	1,5	2,5	10	1	1,5	12		
60	6	10	30	3	5	20	2	3	30	3	5	20	2	3	25		
90	9	15	45	4,5	7,5	30	3	5	45	4,5	7,5	30	3	5	37		
120	12	20	60	6	10	40	4	7	60	6	10	40	4	7	50		
160	16	27	80	8	13	53	5	9	80	8	13	53	5	9			
180	18	30	90	9	15	60	6	10	90	9	15	60	6	10	24	75	
200	20	33	100	10	17	67	7	11	100	10	17	67	7	11			
240	24	40	120	12	20	80	8	13	120	12	20	80	8	13	32	100	
280	28	47	140	14	23	93	9	16	140	14	23	93	9	16			
300	30	50	150	15	25	100	10	17	150	15	25	100	10	17	40	125	
360	36	60	180	18	30	120	12	20	180	18	30	120	12	20	48	150	
400	40	67	200	20	33	133	13	22	200	20	33	133	13	22			
480	48	80	240	24	40	160	16	27	240	24	40	160	16	27	64	200	
540	54	90	270	27	45	180	18	30	270	27	45	180	18	30	72	225	
600	60	100	300	30	50	200	20	33	300	30	50	200	20	33	80	250	
720	72	120	360	36	60	240	24	40	360	36	60	240	24	40	96	300	
900	90	150	450	45	75	300	30	50	450	45	75	300	30	50	120	375	
1000	100	167	500	50	83	333	33	56	500	50	83	333	33	56		412	

\* à paraître courant 2009 \*\* dose du supplément = 1/6 à 1/10 de la dose totale par 24 h par la même voie L.P. = Libération Prolongée = durée d'action 12 h L.I. = Libération Immédiate = durée d'action 4 à 6 h

Pas de règles entre la dose d'Actiq® et celle du traitement opioïde de fond. La dose initiale d'Actiq® doit être de 200 µg avec augmentation de la posologie, si nécessaire, jusqu'à l'obtention de la dose procurant une analgésie efficace avec une seule unité d'Actiq® par accès douloureux paroxystique (c.f. Vidal).

# Traitement morphinique chez un patient naïf

- Dose initiale de charge de la MORPHINE à libération normale (LN)
  - Adulte : 0,3 mg/kg per os ou 0,2 mg/kg de morphine sous cutanée (si IV ou per os impossible)
  - Enfant : 0,1 à 0,2 mg/kg per os
  - Patient cancéreux : démarrage possible par une forme à libération prolongée (LP) d'emblée (10 à 30 mg toutes les 12h avec interdose de rattrapage par forme LN
- « Start low, go slow »
- Introduction Fentanyl transdermique après titration !

# Effets indésirables des opioïdes et prise en charge

- Intoxication opioïde: triade → troubles de la conscience, bradypnée, myosis.
- Effets secondaires: des troubles digestifs (nausées/vomissements, constipation), rétention urinaire, prurit, tremblements, clonies, confusion, troubles de la vigilance, troubles dysleptiques et risque de convulsions et de dépression respiratoire
- La constipation induite par les opioïdes doit systématiquement être prévenue par des mesures hygiéno-diététiques éventuellement associées à un traitement laxatif, souvent nécessaire dans le contexte d'une prise chronique.
- Des nausées pouvant survenir dans la première semaine suivant l'instauration d'un traitement opioïde, un traitement antiémétique pourrait être nécessaire.
- La survenue d'un syndrome confusionnel conduit à envisager un changement d'opioïde après avoir éliminé une autre étiologie.
- En outre, dans le cadre d'un traitement chronique, peuvent être recensés des effets endocriniens, des troubles cognitifs et thymiques, des troubles de la libido, des troubles du sommeil, une hyperalgésie induite par les opioïdes.

# Cas clinique:

- Adaptation antalgique et augmentation de la posologie d'opioïdes
- Scanner TAP en mai 2021 montrant une progression de la maladie → changement de ligne thérapeutique pour Gemcitabine
- Sur le plan antalgique:
  - Rotation opioïde au profit d'une PCA de Morphine par voie IVCIP
  - Introduction d'une corticothérapie systémique
  - Poursuite Lyrica+ Cymbalta+Dafalgan

Sur le plan organisationnel: passage IDEL min. 1 fois par jour, préstataire pour la PCA, inclusion Réseau DAC 12, suivi régulier pluriprofessionnel par l'EMSPD.



# Cas clinique:

- Evolution satisfaisante en ce qui concerne les symptômes durant l'été –automne 2021.
- Si ce n'est une constipation sévère...
- Nous avons évoqué une éventuelle sub-occlusion en lien avec une carcinose péritonéale
- CAT?

# Constipation lors d'un traitement opioïde

- \* < 3 selles spontanées par semaine ( +/- impression d'exonération incomplète, efforts de défécation)
- \* Sous opioïdes : systématique, mais ne doit pas faire renoncer à leur recours
- \* Multifactorielle nécessitant une PEC multidisciplinaire
- Démarche préventive +++
  - Laxatifs systématiques si opiacés
  - Maintenir activité physique (marche ++)
  - Massages abdominaux
  - Education à la défécation dans de bonnes conditions

# Constipation lors d'un traitement opioïde

Traitements possibles:

- \* Laxatifs osmotiques : type MACROGOL, LACTULOSE
- \* Laxatifs stimulants : type DOCUSATE DE SODIUM, BISACODIL  
(=les 2 classes de 1<sup>ère</sup> intention si constipation aux opiacés)
- \* Laxatifs lubrifiants : type LANSOYL
- \* Antagonistes aux récepteurs périphériques des opiacés : RELISTOR, MOVENTIG
- \* Péristaltogènes intestinaux : PYRIDOSTIGMINE (rare)
- \* Préparation pour investigations coliques : COLOPEG
- \* Voie rectale : EDUCTYL suppo, NORMACOL...

# Constipation lors d'un traitement opioïde

## Recommandation SFAP

### Antagonistes morphiniques périphériques

Substance active	Forme pharmaceutique	Dosage par unité de prise	Nom de marque France	Remb.
Méthylbuprénorone	solution injectable	12mg/0,6ml	RELISTOR®	65%

### Péristaltogènes\* intestinaux

Substance active	Forme pharmaceutique	Dosage par unité de prise	Nom de marque France	Remb.
Pyridostigmine	comprimé enrobé	60mg/cp	MESTINON®	65%
Néostigmine	solution injectable	0,5mg/1ml	PROSTIGMINE®	65%

\* effet cholinergique et donc ne pas associer à la Scopolamine / Préférer l'administration continue de la néostigmine pour éviter ses effets bradycardiaques, sans dépasser 2 mg/24h.

### Laxatifs par voie rectale pour l'adulte

Substance active	Délai d'action	Forme pharmaceutique	Nom de marque France	Remb.
Glycérol	5 à 30 min	suppositoire	SUPPOSITOIRES A LA GLYCERINE®	NR
Dihydrogénophosphate et hydrogénophosphate de sodium	5 min	solution rectale	NORMACOL®	65 %
Sorbitol citrate et laurylsulfocétate de sodium	5 à 20 min	solution rectale	MICROLAX®	NR
Docusate sodique	5 à 20 min	gel rectal	NORGALAX®	NR
Bisacodyl	30 à 60 min	suppositoire	DULCOLAX®	NR
Tartrate acide de K bicarbonate de Na	5 min	suppositoire	EDUCOL®	35 %
Bière de boeuf extrait purifié et desséché, gélatine, glycérol	5 à 20 min 5 à 30 min	gel rectal suppositoire	RECTOPANBILIN®	NR

### Préparations pour investigations coliques

Substance active	Forme pharmaceutique	Dosage par unité de prise	Nom de marque France	Remb.
Polyéthylène glycol (PEG) avec électrolytes	poudre pour solution buvable (1 sachet à diluer dans 1 litre d'eau)	50 g de PEG 3350	Colipeg	65%
		64 g de PEG 4000	Fortrans	65%
		59 g de PEG 3350 100 g de PEG 3350	Klean-prep Moviprep	65% NR
Séné (sennosides)	poudre pour solution buvable (1 sachet à diluer dans un demi-verre d'eau)	2,4 g séné extrait sec	X-Prep	NR
Bisacodyl et phosphates mono et disodique	Comprimé et poudre pour solution buvable	20 mg de bisacodyl	Prepacoil®	NR

La constipation induite par les opioïdes est une complication quasi systématique des traitements antalgiques utilisés en soins palliatifs. La prise en charge palliative et curative est souvent difficile et requiert des compétences diverses notamment médicales, infirmières et aide soignantes, diététiques et en massokinésithérapie.

La compréhension de ses mécanismes générateurs (plusieurs étiologies souvent associées), son évaluation et sa surveillance sont indissociables d'une bonne prise en charge.

### Principales causes en soins palliatifs

Pathologie principale	Directement liée au cancer	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Obstruction intestinale intrinsèque sur tumeur digestive ou compression extrinsèque par une tumeur abdominale ou pelvienne</li> <li>* Atteinte tumorale médullaire de la queue de cheval, du plexus sacré tumeur médullaire, envahissement ou compression métastatique</li> <li>* Hypercalcémie</li> </ul>
	Directement liée à une atteinte neurologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Atteinte médullaire lombaire, de la queue de cheval, du plexus sacré</li> <li>* Traumatisme médullaire</li> <li>* Accident vasculaire cérébral</li> <li>* Maladie de Parkinson</li> <li>* Sclérose latérale amyotrophique</li> <li>* Sclérose en plaques</li> <li>* Neuropathie périphérique</li> </ul>
	Secondaire aux conséquences de la maladie ou de ses traitements	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Alimentation inadéquate, régime pauvre en fibres</li> <li>* Déshydratation</li> <li>* Diminution de l'activité, grabatation</li> <li>* Confusion</li> <li>* Dépression</li> <li>* Sténose intestinale post-radique</li> </ul>
Pathologie Intercurrente		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Diabète</li> <li>* Hypothyroïdie</li> <li>* Anomalies métaboliques : hypokaliémie, hyponatrémie, hypomagnésémie, hyperuricémie, hypercalcémie</li> <li>* Insuffisance rénale chronique</li> <li>* Diverticulose sigmoïdienne</li> <li>* Colopathie fonctionnelle</li> <li>* Récidive</li> <li>* Fissure ou sténose anale</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Antalgiques</li> <li>* Opioïdes faibles (dihydropropoxyphène, codéine, tramadol)</li> <li>* Opioïdes forts</li> </ul>
Médicaments	Antalgiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Antispasmodiques, antihistaminiques, antiparkinsoniens, phénothiazines, antidépresseurs tricycliques, imipraminiques</li> </ul>
	Médicaments anticholinergiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gabapentine, Pregabaline</li> <li>* Carbamazépine, Oxcarbazépine</li> </ul>
	Anticonvulsifs	
	Sétons	
	Antiacides	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sulfazalate, sel et hydroxyde d'aluminium, antisécrétoires gastriques</li> </ul>
	Diurétiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Thiazidiques</li> </ul>
	Antihypertenseurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Bêtabloquants, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, antihypertenseurs centraux</li> </ul>
Chimiothérapies	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Mitoxidine, Cisplatine, Vinorelbine</li> </ul>	
Antidiarrhéiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Fer</li> <li>* Loperamide</li> </ul>	

Recommandations de la SFAP pour la prévention et le traitement de la constipation induite par les opioïdes chez le patient relevant de soins palliatifs. Med. Pall. 2009; suppl. 1 : 51-529

Édité avec le soutien institutionnel de Wyeth.

Société Française d'Accompagnement  
et de Soins Palliatifs



LA CONSTIPATION SOUS OPIOÏDES  
CHEZ LE PATIENT RELEVANT  
DE SOINS PALLIATIFS

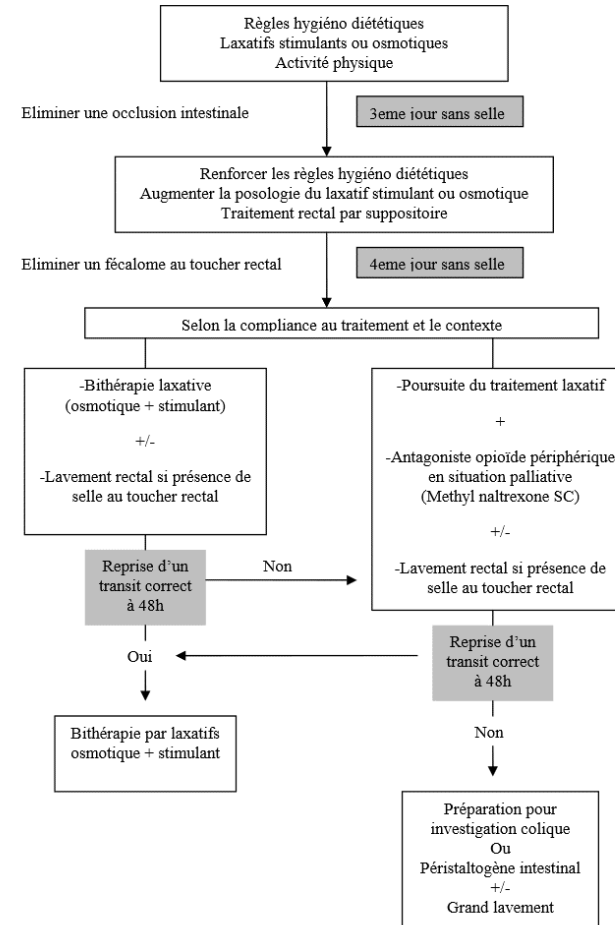
Prévention et traitement  
hors conseils hygiéno-diététiques

Plaquette à destination des professionnels de la santé

Extrait des recommandations d'octobre 2008 du groupe de travail «Pôle Qualité» de la SFAP pour la prévention et le traitement de la constipation induite par les opioïdes chez le patient relevant de soins palliatifs.

106 avenue Emile Zola - 75015 PARIS  
www.sfap.org

# Constipation lors d'un traitement opioïde Recommandation SFAP



# Occlusion en soins palliatifs

- \* **Ex complémentaires :**

- \* ASP si doute mais **TDM TAP** : évaluation globale de la progression de la maladie, recherche du niveau et étiologie de l'occlusion, aide à la décision thérapeutique

- \* **Prise en charge** → au cas par cas

- \* Discuter chirurgie palliative (dérivation, résection, colo ou iléostomie de décharge,) ou geste interventionnel par HGE (prothèse duodénale sous endoscopie...)
- \* SNG en aspiration + à jeun (autoriser liquides PO)
- \* parfois : choix du patient de manger avec acceptation du vomissement, à respecter, à discuter avec le patient, et informer du risque d'inhalation
- \* Hydratation à maintenir +/- AP
- \* Traitement symptomatique

# Occlusion en soins palliatifs

**Antalgiques** : Palier 1 et 3 généralement

Pas d'indication pour SPASFON (peu efficace), DEBRIDAT (CI car prokinétique)

**Corticoïdes** : action antalgique, anti-inflammatoire, antiémétique

En toute 1<sup>ère</sup> intention.

Méthylprednisolone IV 1 à 4 mg/kg/24h.

Cure courte 5 à 10 jours ; réévaluer efficacité=> Levée d'épisodes subocclusifs initiaux.

## **Antiémétiques**

- \* Eviter prokinétiques (Primperan) si occlusion complète
- \* Préférer : LARGACTIL (bolus +/- IVSE, 12,5 à 25 mg/24h, possible jusqu'à 150 mg/24h), ou à défaut HALDOL
- \* Peu d'intérêt du ZOPHREN

# Occlusion en soins palliatifs

## \* Antisécrétoires

- \* Anticholinergiques : SCOBUREN : IV, PSE ou discontinu : jusqu'à 120 mg/24h
  - \* Intérêt antalgique surtout
- \* Analogues synthétiques de la SOMATOSTATINE :
  - \* Si pas de signe de reprise de transit à J3 de la corticothérapie
  - \* Octréotide : SANDOSTATINE
    - \* LI : 300 à 900 ug/24 h au PSE
    - \* LP : pour le relai si Sd occlusif permanent



# Cas clinique

- Mme B. bénéficie d'un TDM-AP en juin 2021 ne montrant pas d'évolution vers une carcinose péritonéale
- Le diagnostic retenu: constipation sévère
- Traitement par laxative osmotique et antagonistes aux récepteurs périphériques des opiacés de type MOVENTIG
- Poursuite suivi pluriprofessionnel

# Cas clinique

- TEP-TDM en novembre 2021 dans le cadre d'un bilan de contrôle → évolution hépatique, osseux et cérébrale
- Changement thérapeutique oncologique et début du 4ème ligne de chimiothérapie par NAVELBINE
- IRM cérébrale début décembre 2021=> lésion cérébelleuse droite de 30x25 mm avec oedème périlésionnel et multiples lésions cérébrales de tailles millimétriques
- Consultation en radiothérapie=> RTE pan-cérébrale de 30 Gy (10 séances)

# Cas clinique

- Première hospitalisation en USP en février 2022 pour majoration des douleurs et apparition d'une épidurite T11-12 et L3 sur une IRM médullaire en janvier 2022.
- Avis neurochirurgicale => patiente refusée pour laminectomie
- RTE décompressive, une séance de 8 Gy
- Mme B. présente une anxiété invalidante

# L'anxiété en soins palliatifs

## AFSOS

- L'anxiété est une émotion adaptative ; c'est aussi un sentiment pénible et souvent indéfinissable de peur sans objet, ou appliqué de manière disproportionnée à des événements réels
  - Affect très courant chez le patient atteint de cancer et son entourage
  - Du normal au pathologique : la limite est floue.
- 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

# L'anxiété en soins palliatifs

## Signes cliniques selon l'AFSOS

- L'anxiété s'exprime selon 3 components:
  - Somatique
  - Cognitif
  - Comportemental
- 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.

# L'anxiété en soins palliatifs

## Signes cliniques selon l'AFSOS

- 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 récurrence, 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...

# L'anxiété en soins palliatifs

Attention!

- Causes médicales :
  - troubles psychiatriques : syndrome dépressif++ (très souvent accompagné d'anxiété), psychose (elle est connue auparavant)
  - confusion mentale
  - désordres métaboliques : hypoglycémie, hypercalcémie, hypoxie
  - pathologie organique sous-jacente : embolie pulmonaire, insuffisance coronarienne, pneumothorax, asthme, hémorragie interne, causes neurologiques (tumeurs cérébrales...), phéochromocytome
  - symptômes physiques non contrôlés : douleur, fatigue, dyspnée :
  - fréquence d'attaques de panique (Dauchy, 2002), insomnie, nausée (Salvo, 2012)
  - rétention aiguë d'urine, fécalome.
- Causes médicamenteuses :
  - antipsychotiques ou antiémétiques : akathisie (impatience mortice souvent anxiogène)
  - glucocorticoïdes, immunothérapie
  - sevrage de substances (benzodiazépines, opioïdes, nicotine, corticoïdes, anticonvulsivants).

# L'anxiété en soins palliatifs

## Traitement

### Prises en charge psychosociales

- Psychothérapies cognitivo-comportementales:
- Psycho-education
- Psychothérapies verbales
- Approches psychocorporelles: relaxation, sophrologie, hypnose

### Prise en charge médicamenteuse étiologique/somatique

- Traitement étiologique (si possible): antalgique, eupnéisant, transfusion, hypocalcémiant, etc...



# L'anxiété en soins palliatifs

## Traitement

- Anxiolytique:
  - Benzodiazepines=> consulter les “étoiles de benzo”
  - Non Benzodiazépines: Hydroxyzine
- Antidépresseur: en cas de troubles anxieux avérés
  - SRS (inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine) : Escitalopram, Paroxétine, Sertraline
  - IRSNa (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) : Venlafaxine, Duloxétine
- Antipsychotiques : anxiété associée à un autre trouble psychopathologique (délire, hallucinations, agressivité, états d'agitation), inefficacité des benzodiazépines ou risque de détresse respiratoire sous benzo
  - Neuroleptiques classiques: • cyamémazine à privilégier++ puis lévomépromazine, halopéridol , chlorpromazine (propriétés anti-nauséuses)
  - Antipsychotiques de seconde génération: olanzapine , rispéridone

# L'anxiété en soins palliatifs

## Traitement de l'insomnie selon AFSOS

- Après échec des techniques de relaxation, hypnose, approche psychocorporelle, conseils hygiéno-diététiques...
- En première ligne, privilégier un traitement n'induisant pas de dépendance et avec peu d'effets secondaires: – hydroxyzine 12,5 à 50 mg au couche
- Benzodiazépines et substances apparentées
  - Insomnie d'endormissement: • zolpidem 5 à 10 mg
  - Insomnie à réveil précoce avec troubles de l'endormissement:
    - zopiclone 3,75 à 7,5 mg
    - alprazolam 0,25 à 0,5 mg
    - bromazépam 1,5 à 6 mg
- Neuroleptiques
  - cyamémazine 12,5 à 25 mg
  - alimémazine 2,5 à 10 mg
- Antidépresseurs
  - miansérine 10 mg au coucher (hors AMM)

# Cas clinique

- Hospitalisation en mars 2022 en USP pour alteration de l'état générale et troubles de vigilance intermittentes avec somnolence
- Mise en evidence d'une bactériémie Staphylocoque épidermidis méti -R à point de départ ILC=> traité par Daptomycine et verroux de Vancomycine
- Suspicion de crises comitiales motivant la majoration du traitement antiépileptique
- Madame souhaite retourner à domicile, elle accepte la mise en place de l'HAD

# Cas clinique

- Hospitalisation en mai 2022 pour aggravation de douleurs , AEG, confusion intermittente et épuisement de son conjoint.
- L'état clinique se dégrade progressivement=> OMS3
- Pas de reprise de la chimiothérapie
- Sur le plan antalgique: rotation d'opioïde au profit de l'Oxycodone puis Sufentanyl, majoration de la corticothérapie, diminution de Lyrica
- Adaptation du traitement anxiolytique
- Situation palliative terminale mais petit regain lors de l'hospitalisation et nous tentons un retour à la maison sous la couverture de l'HAD
- Nous évoquons avec la patiente les directives anticipées qu'elle ne souhaite pas rédiger

# Directives anticipées

- Que dit la loi – Art. L 1111-11 du CSP  
« Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées (DA) pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie ou l'arrêt du traitement. Elles sont révocables à tout moment. »  
Dans le cadre du devoir d'information, il est opportun que le médecin puisse informer, à tout moment le patient de cette opportunité de DA rédigées volontairement et non obligatoires!
- Le poids de DA  
Le médecin doit en tenir compte, leur contenu prévaut sur tout autre avis médical. Toutefois le médecin reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer leurs orientations compte tenu de l'évolution des connaissances. Elles représentent seulement un souhait à respecter autant que possible et qui vont guider le sens du projet thérapeutique.

# Cas clinique

- Hospitalisation en juin 2022, pour altération majeure de l'état générale, confusion, douleurs, anxiété majeure
- Situation palliative terminale; nous privilégions les traitements symptomatiques
- Madame B est très anxieuse et parfois confuse, probablement en lien avec une évolution cérébrale
- Son conjoint est en grande difficulté psychologique donc il est soutenu par l'équipe et rencontre notre psychologue clinicien
- Une LAT est décidée après concertation avec la patiente et son conjoint

# Limitation /arrêt thérapeutique

## CADRE LÉGALE : LOI LÉONETTI

- CAT malade conscient :
  1. Information sur les conséquences
  2. Respect de la volonté
  3. Retranscrit dans le dossier médical
  4. Dispenser des soins palliatifs si besoin
- CAT malade inconscient :
  1. Procédure collégiale
  2. Consultation des directives anticipées
  3. Consultation de la personne de confiance, famille, proche...
  4. Retranscrit dans le dossier médical
  5. Dispenser des soins palliatifs si besoin

# Prise en charge des symptômes en fin de vie

## Dyspnée

- Privilégier un traitement étiologique si possible et raisonnable:
  - Infection bronchopulmonaire: ATB
  - Lymphangite: CTC 1-2 mg/kgc,
  - Epanchement pleurale/péricardique: ponction, drainage, fenêtre pleuro-pericardique, talcage
  - Thrombo-embolie: HBPM
  - OAP: diurétique, diminution des apports
  - Obstacle trachéo-bronchique: CTC, endoprothèse, trachéostomie, radiothérapie
  - Anémie: transfusion si effet sur les symptômes, EPO ?
  - Syndrome de veine cave supérieur: CTC, RTE



# Prise en charge des symptoms en fin de vie

## Dyspnée

- Traitement symptomatique:
  - Polypnée: Morphine pour son effet bradypneisant (objectif FR 12-25/min), CTC
  - Encombrement bronchique:
    - diminution/arrêt des apports hydriques, diurétique si surcharge, attention aux fausses routes, pas d'aspiration sauf intrabuccale
    - CTC 1-2 mg/kgc
    - antisécrétoire: Scopolamine 2-6 amp/24 H en SC (iv possible), Scopoderm 1-3patch sur 72 H, Scoburen 2-6 amp/24 H (hors AMM)
    - Position de  $\frac{3}{4}$  latérale si patient inconscient
  - Hypoxémie : O<sub>2</sub> possible mais pas de gazométrie, inutile de surveiller la saturation, discuter arrêt O<sub>2</sub> en phase agonique/pré-agonique

# Prise en charge des symptômes en fin de vie

## Dyspnée

- Traitement symptomatique:
  - Spasticité: nébulisation Beta2 mimétique et/ou anticholinergique, CTC
  - Toux: CTC, aérosols, aérosols de Morphine si toux réfractaire
  - Hyperthermie: rafraîchir, Paracetamol, CTC
  - Anxiété: PEC psychologique, benzodiazepines à ½ vie courte (Lorazepam, Bromazepam, Alprazolam). Midazolam en continu à dose anxiolytique (3 à 10 mg/24 H) si anxiété réfractaire
  - Sécheresse buccale: aggravée par la respiration buccale, O2, traitement => soins de bouche +++

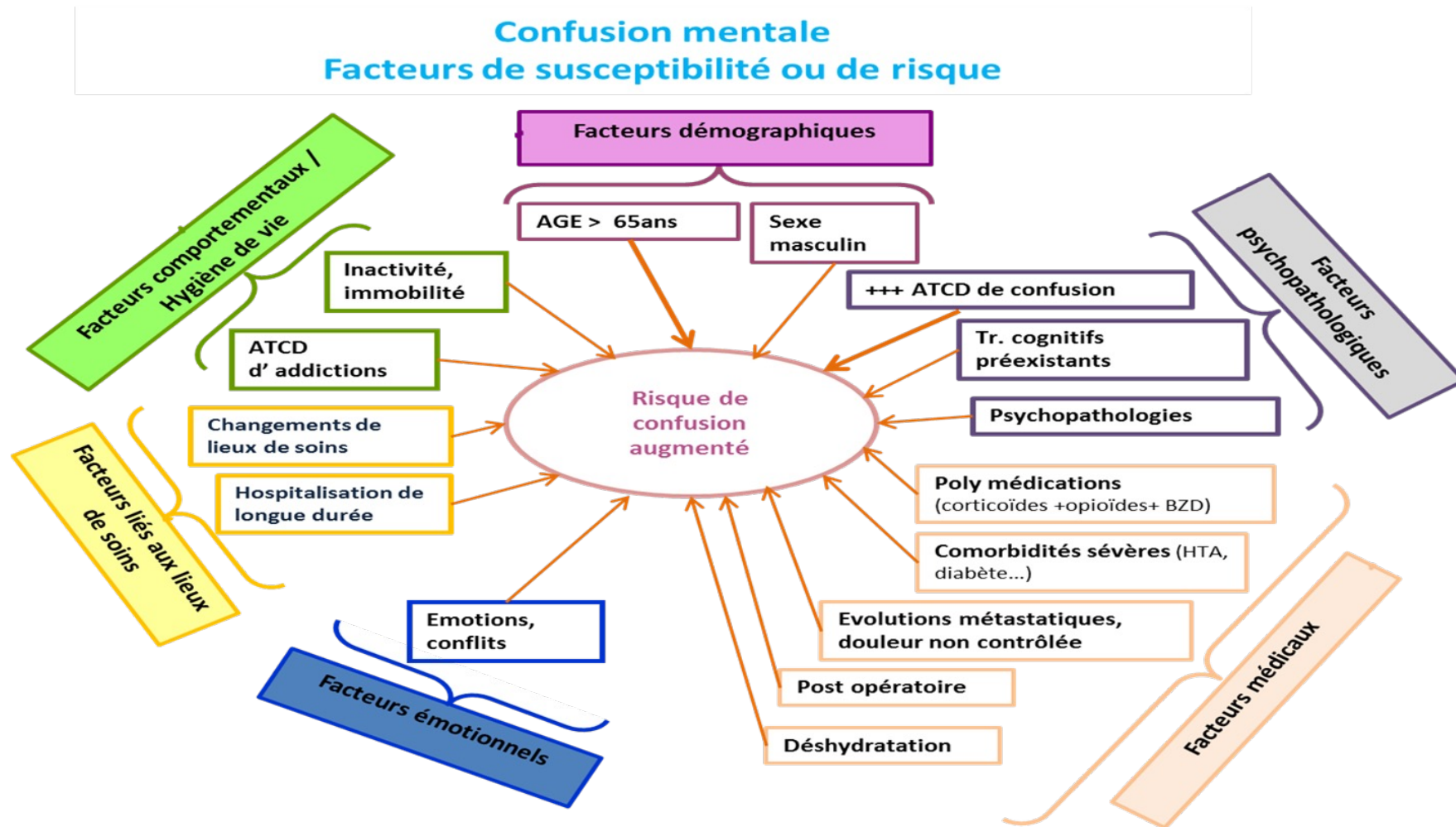
# Prise en charge des symptômes en fin de vie

## Confusion

- \* Aigue, transitoire, réversible, à distinguer de la démence
- \* A évaluer en fonction de l'état cognitif antérieur
- \* **Signes précurseurs :**
  - Troubles du sommeil / inversion du rythme nyctéméral (agitation nocturne, insomnie, cauchemars)
  - Troubles de l'attention et de la vigilance
  - Modification du caractère, du comportement et de l'humeur (irritabilité, agressivité, colère, labilité thymique)
  - Anxiété inexplicquée
  - Repli sur soi
  - Refus de parler à l'équipe soignante ou à la famille
  - Modifications du langage et du discours (erreurs, incohérence)
  - Mauvaise compliance au traitement

# Prise en charge des symptoms en fin de vie

## Confusion



# Prise en charge des symptômes en fin de vie

## Confusion

Toujours rechercher :

- \* Étiologie médicamenteuse ou toxique (psychotropes, CTC, sevrage OH, sevrage BZD,...)
- \* Cause métabolique (déshydratation, insuffisance d'organe (rein, foie), Ca<sup>++</sup>, Na<sup>+</sup>, ...)
- \* Cause mécanique (globe urinaire, fécalome +++)
- \* Douleurs non contrôlées, nausées, vomissements
- \* Métastases cérébrales, méningite carcinomateuse
- \* Causes psychologiques / psychiatriques (angoisse de mort, états maniaques, mécanisme de défense psychique, modification du cadre, annonce diagnostic/pronostic)
- \* Rôle des opioïdes : Souvent incriminés comme seuls responsables... à tort !
  - A relativiser
  - Mais possible : à l'instauration (trop brutale !), suite à une augmentation de dosage, si intolérance à une molécule, si diminution rapide des douleurs (instauration d'AINS)

# Prise en charge des symptômes en fin de vie

## Confusion

- \* Cliniquement :
  - \* Troubles de l'attention, de la concentration et de la conscience (ralentissement, obnubilation)
  - \* Troubles cognitifs : pensée, discours, mémoire, orientation temporo-spatiale (mélange passé/présent, manque de clarté de la pensée)
  - \* Troubles du langage
  - \* Troubles des perceptions visuelles et auditives (fausses reconnaissances, voire hallucinations)
- \* 2 formes :
  - Hyperactive : agitation, tachypsychie, hallucinations
  - Hypoactive : ralentissement psychomoteur, stupeur, lenteur de réponse

# Prise en charge des symptômes en fin de vie

## Confusion

- \* **Traitement symptomatique**

- \* Environnement calme
- \* Chambre seul si possible
- \* Réorienter le patient dans le temps et l'espace (calendrier et horloge dans la chambre), explications
- \* Eviter changements de service et de chambre

- \* **Ttt médicamenteux** : pas en 1<sup>ère</sup> intention si possible :

- \* Neuroleptiques en petites doses :
  - \* HALDOL (si délire/hallucinations), TERCIAN (anxiété, ruminations), et si besoin d'injectable : LOXAPAC (anxiolyse ; SC), TIAPRIDAL (IV), LARGACTIL (sédatif ; IV et SC)

# Prise en charge des symptômes en fin de vie

## Sédation- type et indication

Typologie SEDAPALL détaillée

Axe D Durée prescrite détaillé	Contexte	Type détaillé
<b>D1 Sédation transitoire (réversible*)</b>		
	Sédation de très courte durée pour soins ou actes entraînant un inconfort réfractaire*	<b>D1a</b>
	Sédation nocturne pour insomnie réfractaire*	<b>D1b</b>
	Autres situations	<b>D1c</b>
<b>D2 Sédation de durée indéterminée (potentiellement réversible*)</b>		
	Situations d'urgences palliatives anticipées* (détresse asphyxique, hémorragique ou agitation terminale)	<b>D2a</b>
	Autres situations	<b>D2b</b>
<b>D3 Sédation maintenue jusqu'au décès (irréversible*)</b>		
	Dans le cadre du droit à la SPCMJD* si souffrances réfractaires aux traitements ET d'un pronostic engagé à court terme* pour un patient exprimant une demande* de SPCMJD	<b>D3a</b>
	Dans le cadre du droit à la SPCMJD* si refus par un patient d'un traitement de maintien artificiel en vie et qui exprime une demande* de SPCMJD afin de prévenir une souffrance insupportable	<b>D3b</b>
	Dans le cadre du droit à la SPCMJD* si une décision d'arrêt de traitements de maintien artificiel en vie chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté	<b>D3c</b>
	Hors du cadre du droit à la SPCMJD*	<b>D3d</b>

Axe C Consentement* détaillé	Contexte	Type détaillé
<b>C0 Absence de consentement</b>		
	Patient dans l'incapacité d'exprimer sa volonté	<b>C0a</b>
	Consentement non recueilli (avec argumentation)	<b>C0b</b>
<b>C1 Consentement donné par anticipation</b>		
	Consentement anticipé recueilli oralement	<b>C1a</b>
	Consentement exprimé dans les directives anticipées du patient	<b>C1b</b>
<b>C2 Consentement</b>		<b>C2</b>
<b>C3 Demande de sédation</b>		
	Demande spontanée du patient	<b>C3a</b>
	Demande du droit à la sédation dans le cadre légal de la SPCMJD*	<b>C3b</b>



# Prise en charge des symptômes en fin de vie

## Sédation proportionnée de durée indéterminée

- Indication: dyspnée asphyxiante, hémorragie cataclysmique ou agitation terminale
- BENZODIAZEPINE : MIDAZOLAM
  - Demi-vie courte (2 à 4h)
  - Effet sédatif dose-dépendant (20 à 60 min selon la posologie de 0,05 à 0,15 mg/kg)
  - Caractère hydrosoluble : voies d'administration variées IV, SC, sublingual
  - Caractéristiques communes aux BZD : anxiolytique, hypnotique, amnésiant et myorelaxant
- Maniable, réversible
- Titration.
- Possible à faire avec du Valium ou Rivotril

# Prise en charge des symptômes en fin de vie

## Sédation proportionnée de durée indéterminée

- TITRATION MIDAZOLAM
  - Concentration de 1 mg/ml
  - 1 mg toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à l'obtention d'un score de 4 sur l'échelle de Rudkin modifiée
  - Chez le sujet âgé ou fragilisé : 1 mg toutes les 5 à 6 minutes
  - Noter la dose totale d'induction utilisée
- Puis entretien en PSE à dose égale à 50 % de la dose nécessaire à l'induction.
- Attention tachyphilaxie!

# Prise en charge des symptômes en fin de vie

## Sédation proportionnée de durée indéterminée

Échelle d'évaluation de la sédation selon RUDKIN (21)

1	Patient complètement éveillé et orienté
2	Patient somnolent
3	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à l'appel
4	Patient avec les yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère, (traction sur le lobe de l'oreille)
5	Patient avec les yeux fermés et ne répondant pas à une stimulation tactile légère.

- Evaluation toutes les 15 minutes pendant 1h puis au min 2 fois /jr
- Adaptation de la posologie en fonction :
  - du degré de soulagement du patient
  - de la profondeur de la sédation
  - de l'intensité des effets secondaires

# Prise en charge des symptômes en fin de vie

## SPCJD- les recommandations de la SFAP en 2017

« Les situations dans lesquelles la question de la sédation se pose sont exceptionnelles, singulières et complexes.

- Un symptôme réfractaire en phase palliative peut être une indication de sédation intermittente ou transitoire.
- La sédation est indiquée lors des arrêts de ventilation assistée non invasive pour prévenir l'apparition de symptôme(s) insupportable(s) pour le patient.
- Lors de l'arrêt des traitements de suppléance vitale chez un patient cérébrolé évoluant vers un état végétatif chronique ou un état paucirelationnel, l'impossibilité d'évaluer un état de souffrance peut justifier la mise en place d'une sédation.
- La sédation n'est pas toujours indiquée lors de l'arrêt d'une alimentation ou d'une hydratation artificielle.
- Si dans l'évolution de la maladie, une souffrance à dominante psychologique ou existentielle devient réfractaire à une prise en charge adaptée, une sédation transitoire peut être proposée à la personne malade, après évaluations pluridisciplinaires répétées dont celles d'un psychologue ou d'un psychiatre.
- En phase palliative, en cas de demande de sédation par le patient lui-même, il est recommandé - sans mettre en cause le droit du patient au traitement de sa souffrance ni la légitimité de sa demande - de ne pas considérer la sédation comme une réponse obligée. La demande doit être écoutée et analysée. En tout état de cause, si besoin était, la décision de sédation devrait être prise selon les recommandations ci-dessus et relèverait de la seule responsabilité médicale.
- Les situations de détresses émotionnelles ou psychologiques vécues comme insupportables par les proches et/ou les professionnels de santé ne justifient pas, par elles-mêmes, la mise en place d'une sédation.
- La sédation n'est pas une réponse adaptée à une demande des proches et/ou des professionnels de santé d'accélérer la survenue du décès lors d'une phase terminale qui se prolonge. »

# Cas clinique

- Mme B a été hospitalisée fin juin 2022 en USP
- Elle a présenté une dégradation neurologique importante avec des épisodes de somnolence alternant avec des épisodes d'agitation.
- Une anxiété majeure et réfractaire ainsi qu'une confusion intermittente étaient présentes tout au long du séjour
- Un traitement symptomatique a été poursuivi. Une anxiolyse par Midazolam a été mis en place .
- Son compagnon a été accompagné par l'équipe.
- Mme B est décédée dans le service mi-juillet 2022.

# Bibliographie

- Les recommandations de:
  - SFAP,
  - AFSOS,
  - HAS
- Diaporamas:
  - Dr Patrick CHALAYE, USP, CH de Trévoux - La loi Claeys-Leonetti, la sédation
  - Dr Patrick CHALAYE, USP, CH de Trévoux- Prise en charge des symptômes pénibles en soins palliatifs



