

***U.F.R d'ANGERS – Enseignement du
3^{ème} cycle de MEDECINE GENERALE***

Fin de vie

La fin de vie sous entend la phase de prise en charge en soins palliatifs, la phase terminale et la préparation de l'après pour les aidants et l'entourage affectif.

L'objectif de cet accompagnement est de donner de la qualité à la vie.

Pour cela il faut connaître
les conditions et moyens
permettant d'accompagner
un patient en fin de vie,
ainsi que la possibilité de
ne pas le faire

la qualité des annonces successives
au cours de la maladie influe
fortement sur la prise en charge de
fin de vie

seule une information honnête et
respectueuse du patient permet un
travail efficace

informer clairement les proches
sur la réalité de la situation et
son évolution fatale et les
accompagner aussi

respecter les désirs et
valeurs du patient

le travail en équipe est indispensable
et nécessite coordination et
communication dans le respect du
patient et de chaque intervenant

- il y a des périodes où l'on ne peut assurer une prise en charge de fin de vie, soit pour des raisons pratiques de disponibilité, soit pour des raisons personnelles émotionnelles ou d'épuisement

des fortes connaissances techniques sont nécessaires et confortent la relation de confiance avec le malade

- il faut faire le bilan initial de la possibilité de cette prise en charge
- l'objectif de la prise en charge est le contrôle des symptômes pour apporter de la qualité de vie sans aucun espoir de guérison

savoir qu'il n'existe pas une
méthode pour faire face à la
souffrance du patient en fin de
vie, mais des moyens qui seront
d'autant plus efficaces qu'il y aura
une bonne implication
relationnelle et que l'on accepte
que chaque histoire soit différente

Quand en parler ?

- Ne pas attendre la phase terminale
 - Plus facile d'en parler sereinement en dehors du contexte d'urgence
 - Dialogue plus facile, pouvant être rassurant pour le patient
 - Permet de connaître les choix et désirs du patient
- Mais en s'adaptant au patient et à la famille tant pour le moment que pour les choix

Comment en parler ?

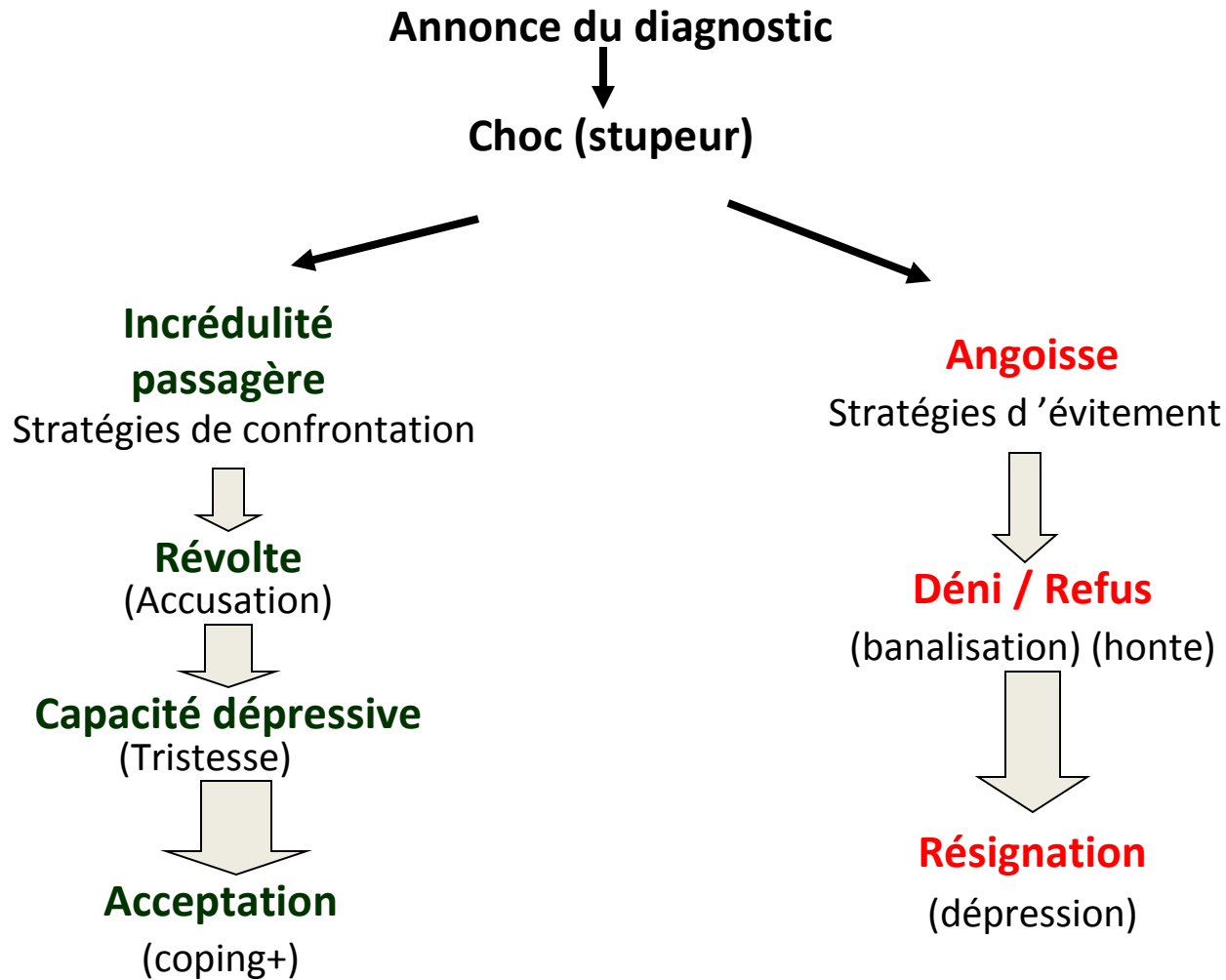
- Écouter et comprendre
- Attentes des patients :
 - Disponibilité
 - Compétence biomédicale et psychologique
 - Coopération et continuité des soins (équipe)
 - Attention et écoute empathique
- Engagement moral d'accompagnement
- Définir les priorités du malade (qualité ou durée de vie)
- Ne pas tout faire ne veut pas dire rien faire, ce n'est pas un abandon

Acceptation ou Résignation:

le résultat de 2 processus différents face à la maladie
selon Anne LACROIX

P
r
o
c
e
s
s
u
s

d
,
i
n
t
é
g
r
a
t
i
o
n



P
r
o
c
e
s
s
u
s

d
e
d
i
s
t
a
n
c
i
a
t
i
o
n

Les stades du deuil selon Elisabeth Kübler Ross, s'appliquent à l'annonce de la maladie

- Annonce diagnostic/pronostic
 - Choc, déni
 - Colère
 - Marchandage
 - Dépression
 - Acceptation

évaluer l'efficacité des traitements
et réévaluer la cause et la prise en
charge éventuelle d'un symptôme
qui n'aura pas toujours la même
signification au cours de la prise en
charge

**savoir s'impliquer
sans trop souffrir**

Préalables indispensables à une prise en charge en soins palliatifs

- Ecouter le patient
- Informer le patient avec vérité et précautions
- Informer la famille et les proches avec l'accord du patient
- Respecter ses désirs et ses choix
- Evaluer les possibilités et les besoins nécessaires à la prise en charge immédiate et dans la durée
- Travailler et communiquer avec les autres soignants (**travail d'équipe**)

Bilan préalable à la prise en charge

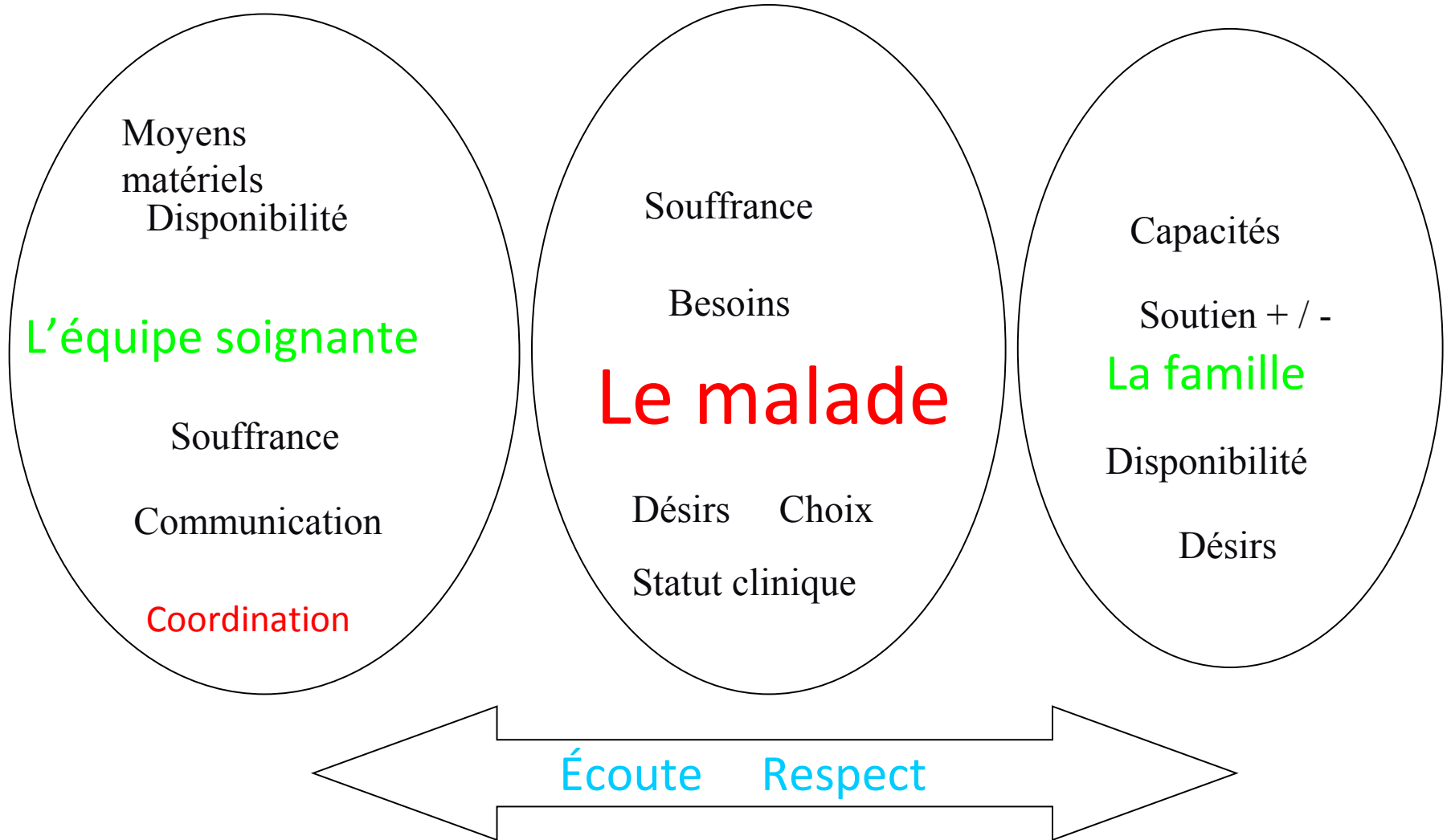
- Médecin traitant : disponibilité , charge émotionnelle
- Equipe infirmière (SIAD , HAD, libérales)
- Aides ménagères et auxiliaires de vie
- Famille et entourage : facilitant, opposant
- Pharmacien et fournisseurs de matériel
- Spécialistes
- Kinésithérapeute
- Psychologue
- Bénévoles
- Assistante sociale : finances et matériel
- Alternatives à la prise en charge à domicile

Objectifs

- Le confort :
 - du malade
 - de sa famille
- Dans le respect des choix du malade
- Sans acharnement
- Mais aussi sans laisser aller

- **Donner de la qualité de vie au temps et du temps à la qualité de vie**

Faire le point !



Les phases successives des soins

- **Curative** : période où les soins visent à la guérison ou la rémission de longue durée
- **Palliative** : période où les soins n'ont plus pour objectifs de prolonger la vie mais de soulager les symptômes , le bien-être et la qualité de vie du patient sont prioritaires
- **Terminale** : période pendant laquelle le décès est inévitable et proche

La souffrance du malade

- La douleur
- L'altération de l'image corporelle
- La rupture de l'équilibre quotidien
- Les conséquences psychologiques et morales de la maladie
- Les humiliations
- La vulnérabilité
- L'exclusion ou la marginalisation
- La mise en question du sens de la vie
- Les peurs
- La souffrance de l'entourage

Ecouter la souffrance pour :

- **Communiquer** : verbalement ou non pour instaurer un climat de confiance et pouvoir informer au rythme des questions
- **Réconforter** en assurant de ne pas abandonner
- **Respecter l'autre** dans :
 - son corps
 - ses convictions
 - son mystère , accompagner c'est être à côté
 - sa solitude au moment de la mort
- La soulager par **une compétence** à la fois au plan relationnel mais aussi techniquement

Prise en charge des symptômes

- **Nécessite :**
 - une écoute des plaintes
 - une évaluation de l'intensité
 - une recherche d'étiologie
 - l'utilisation de traitements
 - la gestion des effets secondaires
- **Impose une surveillance régulière pour juger de l'efficacité des traitements ainsi qu'une réévaluation permanente du ou des symptômes dont la cause ou l'intensité peuvent se modifier**

Lutte contre la douleur

- **Il faut se fixer des objectifs réalistes et vérifiables :**
 - ne pas souffrir la nuit et profiter d'un sommeil réparateur,
 - ne pas avoir mal au repos,
 - ne pas avoir mal à la mobilisation simple,
 - pouvoir manger sans souffrir, uriner sans douleur, etc..,
 - et ceci en conservant le plus possible la **lucidité** du malade.

Évaluation de la douleur

- De fond , chronique
 - Maximale
 - Actuelle
- } EVA
Échelle Doloplus
- Adaptation du traitement selon :
 - l'évaluation, $EVA < 3$
 - les effets secondaires

Principes généraux de contrôle de la douleur

- La douleur n'est pas une fatalité du cancer ou de la maladie dégénérative.
- On doit **anticiper la douleur** : ne pas la laisser s'installer.
- On préfère le plus souvent la **voie orale** ou encore la **voie transdermique** à une voie injectable
- Il faut enseigner au patient (et à sa famille !) l'intérêt de **prises régulières**.
 - elle permet d'éviter les surdosage et les effets de pics sériques pour une meilleure antalgie

Les médicaments de la douleur

- Les antalgiques avec les 3 niveaux de l'OMS:
 - niveau 1 paracétamol , aspirine, AINS
 - niveau 2 dextropoxyphène , codéine , tramadol et acupan
 - niveau 3 **morphine** , fentanyl, hydromorphone , oxycodone

Les AINS

Les corticoïdes

Les antidépresseurs

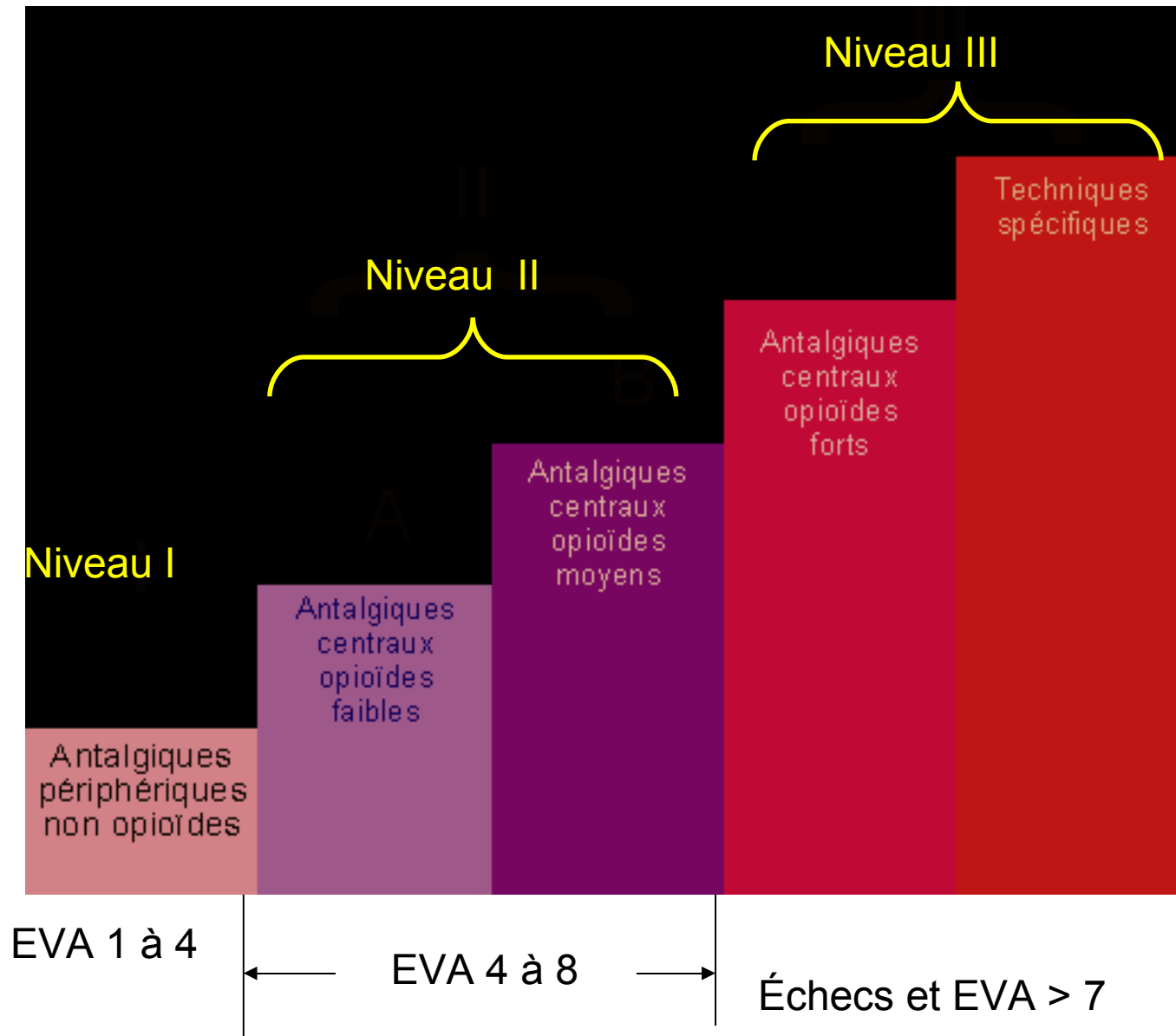
Les antiépileptiques

Les anxiolytiques

Les biphosphonates

Les antispasmodiques

Les anesthésiques



Les morphiniques

		Début d'action	Fin d'action
Morphinique LI per os	sol buvable cp. Sevredol gél. Actiskénan 1	1 heure	4 heures
prise / 4 h → 6 prises / j			
Morphinique LP per os	cp. Moscontin x 2 / j gél. Skénan x 2 / j gél. Kapanol x 1 / j	4 heures 4 heures	12 heures 24 heures
Morphine sous cutanée		30 mn	4 heures
Morphine intraveineuse		10 mn	30 mn
Fentanyl transdermique	Durogesic 1 / 3 j	6 à 12 heures	72 heures
Hydromorphone LP per os	gél. Sophidone x 2 / j	2 à 4 heures	12 heures
Oxycodone LP per os	cp. Oxycotin x 2 / j	1 heure	12 heures

Les dérivés morphiniques

- *Après la dose maximum de niveau 2 ou d'emblée si EVA > ou = 7*
- *per os de préférence avec au moins 60 mg/ j sauf personnes âgées (demi-dose puis adaptation)*
- *interdoses: environ 1/10 à 1/6 de la dose de base toutes les 4 heures si besoin*
- *si plus de 4 interdoses non prévues on augmente la dose de base*
- *Dose per os = D / 2 en sous cutané = D / 3 en IV*
- *Délai d'action de la morphine LI : per os 1h, SC 1/2 h, IV 10 mn*
- *Le fentanyl en patch supplée la voie orale si besoin avec 25 ug / 60 mg et il existe également une forme immédiate transmuqueuse*
- *En cas d'échappement de la douleur ou d'intolérance la rotation des opioïdes peut être utilisée*
- *L'utilisation de pompe à morphine avec débit de base et bolus à la demande peut améliorer l'analgésie*

Effets secondaires des morphiniques

- Représentation de la morphine ou « mort fine » : information
- Constipation = coprescription de laxatifs
- Nausées et vomissements transitoires , antiémétiques au début
- Sécheresse buccale , augmenter les soins de bouche
- Somnolence et troubles cognitifs , si lien réel = surdosage
- Myoclonies si doses élevées
- Prurit
- Dépression respiratoire rare(naloxone si besoin)
- Rétention urinaire

Douleurs neurogènes

- **Origine périphérique**
 - des douleurs aiguës transfixiantes sur un fond chronique permanent. +/- paresthésies localisées
 - neuropathie par atteinte inflammatoire ou toxique des petits nerfs des troncs principaux (nervi nervorum) ou formation d'un névrome après section d'un axone.
 - Ces névromes sont particulièrement sensibles au toucher ou au stimuli chimique (comme la noradrénaline)
- **Origine centrale : 2 types**
 - **Les douleurs par déafférentiation**
 - douleur du membre fantôme, douleurs post-herpétiques, anesthésie douloureuse, douleurs centrales.
 - **Les douleurs dystrophiques**
 - Les douleurs sympathiques ou dystrophiques (encore appelées causalgies) avec dérégulation autonome (froid-chaud, moiteur du membre, gonflement, rougeurs, etc.), des signes moteurs, des signes trophiques osseux (l'algo-dystrophie osseuse) ou cutanés (réduction de l'épaisseur de la peau, modification des phanères).
 - Ces douleurs dystrophiques sont particulièrement fréquentes après irradiation plexique (par exemple : cancers ORL avec enraidissement douloureux de l'épaule) et constituent un vrai problème thérapeutique

Abord thérapeutique des douleurs neurogènes

- **Approche anesthésique**

- *Il s'agit de toutes les tentatives de blocs sympathiques des atteintes plexiques brachiales, ou de blocs neurologiques périphériques ou injections intrathécales d'opiacés.*
- *Ces techniques nécessitent des compétences particulières en traitement de la douleur.*

- **Techniques de neuro-stimulation**

- *La stimulation électrique transcutanée peut bénéficier à quelques patients souffrant de douleurs intolérables et intractables. Elles nécessitent de nombreux ajustements pour maintenir l'effet bénéfique aussi longtemps que possible. Elles nécessitent une technique parfaite.*

- **Techniques chirurgicales**

- *Ces techniques concernent la résection d'un neurone ou la dénervation d'une partie du corps trop douloureuse (cordotomie). Comme il s'agit d'une chirurgie définitive, elle doit être discutée dans des réunions pluridisciplinaires de la douleur pour préciser les bonnes indications.*

-

Anorexie et cachexie

- ***Les soins de bouches pour éviter les douleurs et la sécheresse***
- ***Eviter la déshydratation***
- ***Soulager la dysphagie***
- ***Soulager les douleurs***
- ***Soulager les nausées et la constipation***

Utiliser les compléments alimentaires

- *Précocement*
- *En plus des repas*
- *En s'adaptant aux goûts du patient*

- *En s'aidant des orexigènes:*
 - *Les corticoïdes ,effet de courte durée,16 à 32 mg/j*
 - *Les progestatifs de synthèses (dépoprodasone, prodasone, farlutal, megace)*

Soins de bouche

- *Brossage régulier des dents*
- *Lavages de bouche*
 - *solution rafraîchissantes*
 - *antifongiques*
- *Lutte contre la sécheresse buccale*
 - *boire souvent*
 - *eau gélifiée*
 - *brumisations*

Rince bouche

- Hydrocortisone 100 mg ou aspégic
- Mycostatin 60 ml
- Bénédryl pédiatrique ou Eludril
- Eau stérile jusqu'à 500 ml ou Bicarbonate à 1,4%

Traitement du hoquet

Il n'y a pas de médicament bien spécifique.

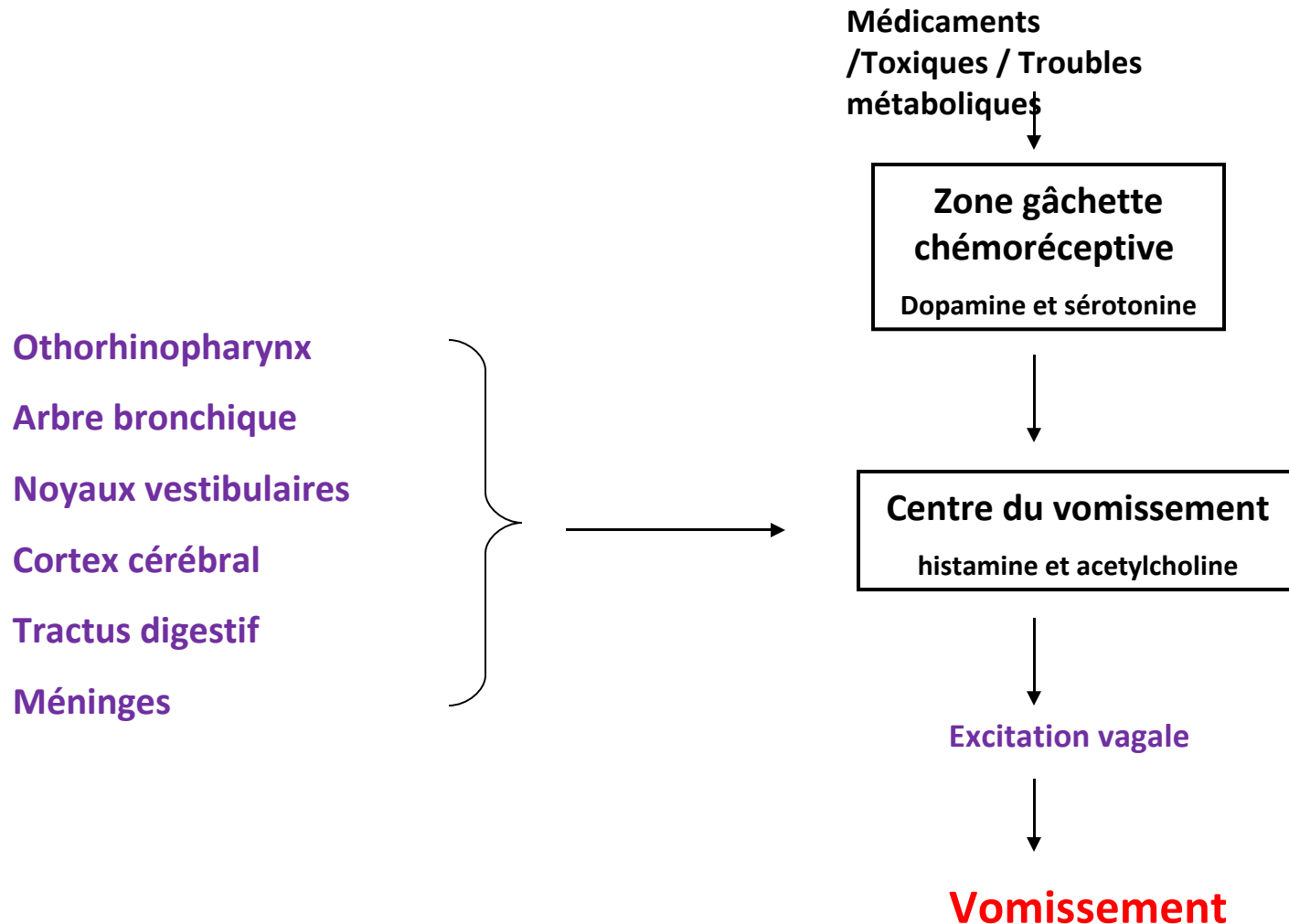
- *La stimulation du pharynx constitue un moyen mécanique simple de soulager le hoquet. On stimule le fond du pharynx avec une petite sonde nasale et on obtient généralement en moins d'une minute une cessation du hoquet.*
 - *Les 'moyens de grand mère' que nous avons tous appris sont généralement basés sur cette stimulation indirecte du fond du pharynx (boire longtemps et doucement, faire peur en criant par exemple).*
- *Des médicaments peuvent être prescrits : métoclopramide, siméticone peuvent être utiles. Certains prescrivent de petites doses d'halopéridol ou de chlorpromazine*
- *En fait, le plus souvent apparemment bénin, ce symptôme peut entraîner une invalidité majeure.*

Traitement de la dyspepsie

- Éviter l'auto-médication
- Fractionner les repas, plus fréquents moins abondants
- Certains médicaments doivent être modifiés (notamment les anti-inflammatoires), mais pas obligatoirement supprimés.
- Lutte contre hyper acidité, anti H2 ou IPP
- En cas d'aérophagie on prescrira des adsorbants
- Les dyspepsies par trouble de la motilité peuvent être traitées par un médicament pro-kinétique comme la métoclopramide, la dompéridone, le cisapride.



Physiopathologie des nausées et vomissements



Quatre grandes causes de vomissements en soins pa

- les causes **gastro-intestinales** : par infiltration et sténose du tube digestif, quelle que soit la tumeur d'origine,
- les causes **métaboliques** : insuffisance rénale, hypercalcémie, insuffisance hépatique
- les causes **médicamenteuses** : vomissements induits par la morphine, les antibiotiques, la chimiothérapie, la radiothérapie
- l'**hypertension intra-crânienne** (métastase cérébrale, méningite carcinomateuse).
- Les autres causes sont plus rares ou faciles à reconnaître (toux persistante émétogène, syndrome vertigineux).

Complications des vomissements répétés

- *brûlures œso-gastriques pouvant aller jusqu'au syndrome de Mallory-Weiss*
- *fausses routes avec le développement de pneumopathies de déglutition,*
- *complications métaboliques : déshydratation, alcalose, insuffisance rénale,*
- *impossibilité d'administrer des médicaments par voie orale (obstacle majeur en phase palliative),*
- *absence d'alimentation : amaigrissement, désespoir, nécessité d'hydratation parentérale*

Conseils pour manger

- manger si possible en position assise, bien droite, en se détendant,
- ne pas parler en mangeant, bien bailler avant de manger pour diminuer la constriction,
- manger de petites quantités, bouche fermée, en mastiquant bien, tranquillement et en réalisant une déglutition volontaire,
- se reposer entre les déglutitions, manger calmement, ne pas mélanger solides et liquides,
- boire une petite quantité d'eau après le repas pour rincer la bouche et les conduits digestifs,
- rester assis pendant une demi-heure après le repas ou la boisson.

Nausées et vomissements

- Traitement étiologique si possible
- Mesures générales :
 - lutter contre les mauvaises odeurs (aérer la chambre, soins de bouche)
 - repas par petites quantités , bien présentés
 - pas de forcing alimentaire
- Médicaments :
 - implication de la zone gâchette
 - antagonistes de la dopamine (Haldol 0,5 à 2 mg p os x 3 /j ou 5 mg en SC continue /j , Primperan 10 mg p os x 4 /j ou 40 à 100 mg / j SC continue
 - antagonistes de la sérotonine : Zophren ou Kytril
 - implication du centre du vomissement :
 - antihistaminiques , Nautamine et Phenergan
 - anticholinergiques Buscopan, Scoburen ,Scopolamine
 - stase gastrique : Primperan, Motilium , Zophren, Kytril

Prévention des vomissements dans l'occlusion

- Lorsque l'occlusion ne veut pas se lever, il convient d'instituer un traitement antalgique et antispasmodique (intérêt de la péthidine ou Dolosal™), en évitant les médicaments stimulants type métoclopramide (Primpéran™).
- En cas de vomissements importants, on peut essayer l'octréotide (somatostatine synthétique dont l'inconvénient majeur est le coût) qui réduit considérablement les sécrétions.
- La pose d'une **sonde gastrique**, de façon intermittente, peut résoudre des problèmes sans provoquer des douleurs de pseudo-angine au niveau de la gorge.
- En cas de vomissements très importants, certains préconisent la gastrostomie per-endoscopique de vidange (?).
- Parfois, le vomissement épisodique, chez un malade n'ayant pas de contractions intestinales douloureuses, est finalement assez bien toléré.
- L'occlusion terminale des carcinomes péritonéaux aboutit à une **mort lente et traînante** dans la plupart des cas.

Constipation : traitements

- Préventifs :
 - activité et mobilité
 - hydratation (boire souvent et suffisamment)
 - alimentation (fibres)
 - éviter le bassin , montauban +
 - coprescription systématique opiacés et laxatifs
- Curatifs
 - selles dures : osmotiques (sorbitol, lactulose ,macrogol)
 - selles molles :stimulants (paraffine, séné)
 - éviter les mucilages si risque occlusif
 - laxatifs par voie rectale (microlax , normacol, suppo glycérine ou dulcolax)
 - évacuation manuelle (sous sédation) si fécalome

Toux

- *Si étiologie accessible traitement adapté*
- *Traitement symptomatique toujours :*
 - *toux productive*
 - *patient non épuisé : humification , fluidifiant , kinésithérapie , parfois aspiration*
 - *patient épuisé : scopolamine et humidification*
 - *toux non productive*
 - *antitussifs antihistaminiques , opiacés ou autres (silomat et respilène)*
 - *patient sous morphine, augmenter les doses de 10 à 30 %*

La dyspnée

- Sensation de gêne respiratoire dont la sévérité n'est pas toujours corrélée à la gravité de la cause
- Très fréquente , 70 % des patients dans leur 6 dernières semaines de vie
- Mécanismes :
 - diminution de la capacité respiratoire
 - augmentation de la demande ventilatoire
- Evaluer :
 - intensité
 - les étiologies probables

Dyspnée : traitements

- Mesures générales :
 - rassurer pour diminuer l'anxiété , écouter , ne pas laisser seul
 - expliquer causes et traitements
 - installer confortablement demi-assis au calme
 - apport d'air frais et ventilation efficace de la pièce
 - kinésithérapie douce si possible
- Oxygénothérapie :
 - utile si hypoxie en respectant les désirs des patients même si injustifié
 - effets délétères
- Traitement étiologique si possible (ATBs , diurétiques, IEC , Rx , chimio, ponction , etc)
- Traitements symptomatiques:
 - morphine
 - corticoïdes
 - anxiolytiques
 - bronchodilatateurs

Traitements symptomatiques de la dyspnée

- La morphine:
 - non traité , morphine LI 2,5 à 5 mg per os / 4 heures
 - sous morphine augmenter la dose de fond 30 à 50 % et une interdose de 1/6
- corticoïdes :
 - en urgence methylprednisolone 120 à 500 mg/j IV ou IM
 - sinon prednisolone per os 0,5 à 4 mg/kg/j
- anxiolytiques pour diminuer l'anxiété qui majore la dyspnée
 - 1/2 vie courte per os (alprazolam, lorazepam, bromazepam)
 - chlorazepate dipotassique ou tranxene possible en SC
 - l'hypnovel n'est pas encore disponible en ville
- bronchodilatateurs en spray ou aérosols
- en cas de détresse respiratoire terminale la sédation doit avoir été prévue , idéalement hypnovel IV à défaut morphine

Encombrement bronchique - Râles d'agonie

- Expectoration possible :
 - fluidifiants + / - antibiotiques
 - kinésithérapie respiratoire douce
- Expectoration impossible :
 - position demi-assise
 - scopolamine 1 patch tous les 3 j ou 1/2 à 1 ampoule de 0,5 mg en SC / 4 h (attention à la rétention d 'urine)
 - aspiration si désir du patient

Toux

- Si étiologie accessible traitement adapté
- Traitement symptomatique toujours :
 - toux productive
 - patient non épuisé : humification , fluidifiant , kinésithérapie , parfois aspiration
 - patient épuisé : scopolamine et humidification
 - toux non productive
 - antitussifs antihistaminiques , opiacés ou autres (silomat et respilène)
 - patient sous morphine, augmenter les doses de 10 à 30 %

La souffrance psychique

- L'écoute active
- L'entourage
- Le soutien par un psychologue
- Le soutien religieux
- Les benzodiazépines
- Les antidépresseurs
- Les neuroleptiques
- Les autres médecines

Confusion:diagnostic

- Troubles de la vigilance :
 - altération de la conscience et de l'attention
- Troubles cognitifs :
 - désorientation temporospatiale
 - troubles de la mémoire
 - altération de la pensée
 - troubles des perceptions
- Troubles du comportement:
 - agitation inadaptée
 - léthargie

Confusion : causes

- Organiques
 - tumeurs cérébrales
 - synd paranéoplasiques
 - anoxie cérébrale
 - infection, hyperthermie
 - **rétention urinaire , fécalome**
- Endocrinopathie
- Troubles métaboliques
 - insuffisance hépatique, respiratoire, rénale
 - déshydratation , dénutrition
 - troubles hydroélectrolytiques
- **Iatrogènes**

Confusion: traitements

- Traitement de la cause
- Mesures générales
 - Environnement calme
 - Ne pas laisser seul
 - Rassurer le patient et l'entourage
- Traitement médicamenteux symptomatique :
 - confusion calme : abstention thérapeutique
 - confusion agitée :
 - neuroleptiques , Haldol , Nozinan , Largactil , Tércian , Loxapac , etc ..
 - Benzodiazépines à demi vie courte

Que dit la loi de 2005 (loi Leonetti)?

- Elle réaffirme les droits des patients avec:
 - La possibilité pour le malade de refuser un traitement, soit au moment de sa mise en œuvre, soit sous forme de directives avancées (souhaits exprimés clairement par le malade)
 - La possibilité pour le médecin de suspendre ou de ne pas entreprendre des actes apparaissant inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie, mais cela dans un cadre collégial après consultation de la famille ou des proches

Que dit le rapport de la mission Leonetti(Avril 2008)?

- Propose des améliorations sur les quatre points suivants:
- 1)Mieux faire connaître la loi avec la création d'observatoire des pratiques médicales de fin de vie
- 2)Renforcer les droits des malades; en élargissant la saisine de la collégialité médicale ; saisir un référent de soins palliatifs; et un congé payé au moins partiellement, d'accompagnement à domicile pour une durée de quinze jours
- 3)Aider les médecins : Questions d'éthique lors ENC ;création des chaires de soins palliatifs
- 4)Adapter le système ; avec création d'unité de soins palliatif dans chaque Région
- Le rapport rejette la notion d'exception d'euthanasie qualifiée d'impasse par le rapporteur jean Leonetti