

ITEM 139

Soins palliatifs

Traitement des symptômes des malades en soins palliatifs

Céline Greco, Julien Ngo

- I. Symptômes respiratoires
- II. Symptômes digestifs
- III. Symptômes neuropsychiques
- IV. Phase terminale, phase agonique et mort

Hierarchisation des connaissances

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Connaître les principes fondamentaux des soins palliatifs*
A	Définition	Connaître l'organisation des soins palliatifs en France*
A	Diagnostic positif	Savoir identifier une situation relevant de soins palliatifs*
A	Diagnostic positif	Savoir identifier et évaluer les symptômes les plus fréquemment rencontrés en phase palliative ou terminale des maladies graves, chroniques ou létales : respiratoires, digestifs, neurologiques, psychiatriques, ORL*
A	Prise en charge	Savoir faire appel à des équipes ressources ou à des services de recours*
B	Prise en charge	Connaître les étapes d'une démarche de soins du patient et de son entourage lors des situations le plus fréquemment rencontrées en phase palliative ou terminale des maladies graves, chroniques ou létales*
B	Prise en charge	Connaître les étapes d'une démarche de traitement du patient et de son entourage lors des situations le plus fréquemment rencontrées en phase palliative ou terminale des maladies graves, chroniques ou létales*
B	Prise en charge	Connaître les étapes d'une démarche d'accompagnement du patient et de son entourage lors des situations le plus fréquemment rencontrées en phase palliative ou terminale des maladies graves, chroniques ou létales* Comment améliorer la sortie de l'hôpital et favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ?*
A	Prise en charge	Connaître les traitements des symptômes le plus fréquemment rencontrés en phase palliative des maladies graves, chroniques ou létales : respiratoires, digestifs, neurologiques, psychiatriques, ORL
A	Diagnostic positif	Savoir identifier les caractéristiques cliniques de la phase agonique des maladies graves, chroniques, évolutives ou létales
B	Prise en charge	Connaître les spécificités des soins palliatifs auprès de malades atteints de pathologies oncologiques et hématologiques malignes, de maladies neurologiques dégénératives, d'insuffisances d'organe terminales

I. Symptômes respiratoires

A La respiration est une fonction organique vitale à haute valeur symbolique. Les symptômes respiratoires ont des répercussions majeures, à la fois organiques et psychiques, pour le patient et son entourage.

Souffle ↔ Vie / Expiration ↔ Mort

Les symptômes respiratoires sont très mal tolérés, accompagnés d'anxiété ou d'angoisse. Ils requièrent des mesures rapides de soins, de traitement et d'accompagnement.

A. Dyspnées

1. Définition

Expérience subjective d'inconfort respiratoire, ressentie comme pénible (soif d'air ou sensation d'étouffement).

Peut être associée à une polypnée (fréquence respiratoire > 20/min), une anxiété voire une agitation.

2. Évaluation

L'histoire de la maladie, l'interrogatoire et l'examen clinique permettent de préciser :

- les modalités d'apparition et d'évolution du symptôme ;
- la fréquence respiratoire, le type de ventilation (superficielle, avec ou sans signe de lutte) ;
- l'existence de signes ou syndromes associés :
 - cyanose ;
 - encombrement bronchique ;
 - épanchement pleural ;
 - sueur, fièvre ;
 - anxiété, agitation ;
 - modification de la pression artérielle.

On peut utiliser une échelle visuelle analogique (comme pour l'évaluation de la douleur) pour réaliser une autoévaluation du symptôme. Cet outil permet par la suite d'évaluer l'efficacité du traitement proposé.

Traitement symptomatique

« Petits moyens »

Ils sont souvent efficaces ; il suffit de s'appuyer sur les dires du patient : porte de chambre laissée ouverte, fenêtre entrouverte, aérosol, ventilateur, pulvérisations d'eau fraîche, une présence.

Morphinomimétiques

- Diminuent la perception de la dyspnée par action sur les centres respiratoires et diminution du seuil de réponse à l'hypercapnie.
- 5 mg de morphine équivalent per os si accès de dyspnée.
- Si dyspnée permanente : 30 mg par jour équivalent per os (5 mg/4 heures).

Benzodiazépines

Mieux vaut utiliser les produits à demi-vie courte : lorazépam (Témesta®), bromazépam (Lexomil®), alprazolam (Xanax®), midazolam (Hypnovel®).

Oxygénothérapie à discuter

Elle améliore certains patients hypoxémiques présentant une dyspnée continue (lymphangite carcinomateuse, pneumothorax, etc.).

Si une étiologie spécifique de la dyspnée est identifiée, elle doit être traitée.

B. Encombrements bronchopulmonaires

Les orientations thérapeutiques dépendent de l'état général du patient, de sa capacité à expectorer.

S'il est vigilant, peu asthénique et expectorant sans douleur, le traitement peut proposer :

- des aérosols : bêtamimétiques : terbutaline (Bricanyl®), salbutamol (Ventoline®) en inhalation de 2,5 à 10 mg dans 5 ml de sérum physiologique ;
- des anticholinergiques : ipratropium (Atrovent®).

L'intérêt d'une ventilation non invasive doit être discuté.

C. Autres symptômes respiratoires

Les traitements à entreprendre sont les suivants :

- *pleurésie* : ponction évacuatrice et/ou drainage ;
- *lymphangite* : corticothérapie, discuter l'intérêt d'une chimiothérapie à visée symptomatique ;
- *obstruction des voies aériennes de gros calibre* : corticothérapie, stent par voie endobronchique, etc. ;
- *obstruction de la veine cave supérieure* : corticothérapie, héparinothérapie, endoprothèse cave, etc. ;
- *insuffisance cardiaque* : adapter les apports hydriques, diurétiques, traitements spécifiques ;
- *infection* : antibiothérapie ;
- *anémie* : transfusion sanguine voire sur certaines indications érythropoïétine.

II. Symptômes digestifs

A. Occlusion par carcinose péritonéale en phase palliative ou terminale

Les soins et traitements adaptés permettent généralement de soulager les principaux symptômes : douleurs, nausées, vomissements, soif, etc.

La pose d'une sonde d'aspiration nasogastrique n'est pas systématique et doit être discutée au cas par cas avec la participation du patient à la prise de décision.

Le maintien d'une bonne hygiène buccale est fondamental.

B. Soins de bouche

L'utilisation de petits moyens valorisant le plaisir buccal (sorbet, glaces, bonbons, pastilles vichy, réglisse, etc.) est largement préconisée.

En cas de vomissements fécaloïdes, il est possible en permanence de se rincer la bouche et/ou de sucer des bâtonnets citronnés.

En cas de douleurs, le contrôle antalgique est possible par une association d'opiacés par voie SC, IV ou transcutanée, et d'antispasmodiques atropiniques, butylbromure de scopolamine (Scoburen®) : ampoule à 20 mg, débiter par 40 à 60 mg par voie SC ou IVL, en trois prises ou à la seringue électrique. En cas de spasmes non contrôlés, la posologie peut être augmentée jusqu'à 120 mg par jour. Il est nécessaire de prévenir les effets atropiniques (sécheresse de bouche) et de surveiller les effets indésirables (confusion, rétention d'urine, etc.).

Les traitements spécifiques sont les suivants :

- *bouche sèche* : mise à disposition de brumisateurs d'eau avec pulvérisations fréquentes. Bains de bouche systématiques à base de bicarbonate de sodium à 1,4 %. Salive artificielle (Artisial®, Aequasayal®, etc.). Si le patient ne peut le faire seul, on peut utiliser un doigtier et une bande de gaze humide et humecter régulièrement les lèvres avec des compresses ou des brumisateurs ;
- *bouche sale* : bains de bouche systématiques à base de bicarbonate de sodium à 1,4 %, nettoyage au coca-cola, brossage des dents et de la langue ;
- *bouche mycosique* : quatre à six bains de bouche par jour d'une solution préparée avec 500 ml de bicarbonate de sodium à 1,4 % + un flacon de nystatine (Mycostatine®). En cas d'échec, fluconazole (Triflucan®) : 50 mg par jour ;
- *bouche douloureuse avec mucite* : bains de bouche en utilisant de la méthylprednisolone (Solumédrol®) 40 à 120 mg ou une ampoule de lidocaïne (Xylocaïne®) à 2 % diluée dans 500 ml de bicarbonate à 1,4 %. Le sucralfate (Ulcars® ou Keal®) peut être aussi utilisé : 1 sachet dans une ampoule d'eau stérile en gargarisme pendant 2 à 3 minutes avant d'avaler. Il est possible de recourir aux antalgiques locaux (lidocaïne : Xylocaïne® visqueuse ou Xylocaïne® spray à 5 %) et, si nécessaire, à un traitement antalgique par voie générale.

C. Nausées, vomissements

Il est déconseillé d'utiliser le métoclopramide (Primpéran®), car il existe un risque de majoration des coliques abdominales.

Utiliser plutôt les neuroleptiques d'action centrale : halopéridol (Haldol®) en sous-cutanée ou en intraveineuse à 1 mg, puis augmenter les doses selon tolérance et efficacité ; chlorpromazine (Largactil®) en intraveineuse, débiter à 12,5 mg puis augmenter les doses selon tolérance et efficacité.

Visée : supprimer les nausées (ce qui est le plus souvent possible) et non pas les vomissements (ce qui est illusoire).

D. Nausées et vomissements persistants et mal tolérés (alternatives)

Les corticoïdes peuvent être discutés. D'après certaines études, ils amélioreraient les symptômes, surtout si le patient n'est pas porteur d'une sonde nasogastrique. Les doses utilisées sont non codifiées : 1 à 4 mg/kg de méthylprednisolone (Solumédrol®) en SC ou en IV. L'efficacité peut être évaluée en une semaine.

L'octréotide (Sandostatine®) est une hormone inhibant de nombreuses sécrétions endocrines (gastrine, glucagon, insuline, etc.) et exocrines (acide chlorhydrique, enzymes pancréatiques, etc.), la sécrétion digestive hydrique et stimulant l'absorption hydroélectrolytique. Elle entraîne une diminution des sécrétions digestives et peut ainsi réduire les vomissements et les coliques abdominales. Ces améliorations peuvent permettre de ne pas poser/enlever une sonde nasogastrique.

Le butylbromure de scopolamine (Scoburen®) est recommandé par certains auteurs dans les occlusions digestives. Il diminue les coliques abdominales et les sécrétions digestives et entraînerait dans certains cas une diminution des vomissements, voire la possible ablation de sonde nasogastrique.

Attention aux effets indésirables atropiniques.

E. Hydratation artificielle

Lors d'une occlusion inaugurale, il est nécessaire de maintenir une hydratation hydroélectrolytique par voie parentérale.

Lors des phases avancées ou terminales, il faut adapter le volume des apports hydriques d'autant plus qu'il existe un troisième secteur : œdèmes, ascite, etc.

F. Poser ou non une sonde d'aspiration nasogastrique

Les indications dépendent beaucoup de la fréquence des vomissements, de l'existence de vomissements fécaloïdes, de la tolérance et du choix des patients.

La pose d'une sonde gastrique d'aspiration doit donc être discutée avec les patients.

La sonde gastrique d'aspiration supprime le plus souvent (mais pas toujours) les vomissements. Elle permet la poursuite d'une alimentation liquide ou semi-liquide (en arrêtant l'aspiration), évite les sensations de ballonnements abdominaux.

Mais la pose d'une sonde nasogastrique est désagréable (intérêt des gels de lidocaïne) et sa tolérance médiocre. Elle modifie la présentation du visage et l'aspiration continue entrave l'autonomie physique. Le plus souvent, elle n'est pas nécessaire.

G. Faut-il maintenir une alimentation et hydratation orale ?

La poursuite, l'arrêt ou la modification de l'alimentation et de l'hydratation orale doivent être discutés avec le patient. Il est nécessaire de prêter attention au positionnement de la famille.

Toutes les alternatives peuvent être envisagées : manger normalement, semi-liquide, quelques yaourts ou crèmes, glaces, prendre la nourriture dans la bouche puis la recracher, ne rien prendre, etc. Il faut privilégier la qualité de l'alimentation (plaisir) plus que la quantité ingérée.

Quel que soit le choix, les soins de bouche sont fondamentaux.

III. Symptômes neuropsychiques

A. Confusion en soins palliatifs

La confusion est un syndrome très fréquent en phase palliative ou terminale mais souvent méconnu.

Les symptômes peuvent être discrets : modification du rythme du sommeil, agitation nocturne modérée, brèves périodes de désorientation la nuit, anxiété inexplicée, augmentation de l'irritabilité, modification du caractère, tendance à la distraction, tendance au repli sur soi, refus de parler à l'équipe soignante, tendance à devenir moins compliant.

Les étiologies organiques ne sont pas toujours retrouvées (une fois sur deux). Elles sont souvent plurifactorielles. Le traitement de l'étiologie supposée n'est pas toujours efficace.

Cela invite à une certaine prudence dans les investigations ou les traitements étiologiques, d'autant qu'ils peuvent majorer la confusion (changement de lieu pour réaliser les examens, modification incessante des traitements, etc.).

Une des principales mesures thérapeutiques est probablement d'épurer le traitement (retirer le maximum de médicament ou diminuer les posologies).

Le traitement symptomatique n'est pas systématique. Si un traitement symptomatique est nécessaire, il est classiquement recommandé d'utiliser des neuroleptiques. Les benzodiazépines sont potentiellement confusionnelles.

L'accompagnement du patient et des proches est fondamental : « *C'est tout brouillé en moi, ça fait peur* », « *Vous voyez, docteur, il devient fou, je ne le reconnais plus...* »

1. Principales causes de confusion en phase palliative

Les causes de confusion en phase palliative sont nombreuses, parfois associées :

- causes iatrogènes :
 - opiacés, psychotropes, corticoïdes, atropiniques ;
 - sevrage des benzodiazépines ;
- causes organiques :
 - douleurs non contrôlées ;
 - fécalome ;
 - globe urinaire ;
 - infection ;
 - défaillance d'un organe (foie, rein, poumon) ;
 - atteinte neurologique (métastases cérébrales, accident vasculaire cérébral, méningite, etc.) ;
 - hypercalcémie ;
 - déshydratation, hypoglycémie, hyperglycémie, hypoxie.

2. Traitements symptomatiques

Si l'agitation est importante, s'il semble exister une souffrance liée à une hyperactivité ou à un désordre cérébral, s'il existe une anxiété, les psychotropes sont à discuter :

- neuroleptiques :
 - en première intention :
 - halopéridol (Haldol®), per os, SC ou IV : 0,5 à 1 mg toutes les 8 heures puis augmentation des doses selon tolérance et efficacité jusqu'à 30 mg par jour ;

- chlorpromazine (Largactil®), per os ou IV : 5 mg toutes les 8 heures puis augmentation des doses selon tolérance et efficacité jusqu'à 150 mg par jour ;
- en cas d'échec, surtout en présence d'agitation :
 - cyamémazine (Tercian®), per os, SC ou IV : 50 à 300 mg par jour ;
 - lévopromazine (Nozinan®), per os, SC ou IV : 25 à 100 mg par jour ;
- en urgence ou en cas d'agitation très importante :
 - tiapride (Tiapridal®), per os, IM ou IV : 50 à 100 mg par jour ;
 - loxapine (Loxapac®), per os, SC ou IV : 25 à 50 mg toutes les 8 heures ;
- autres psychotropes :
 - méprobamate (Equanil®), per os ou IM, 250 à 1 600 mg par jour en trois à quatre prises ;
 - lorazépam (Témesta®), per os : 2 à 7,5 mg par jour ;
 - midazolam (Hypnovel®) si une sédation est nécessaire.

B. Anxiété, angoisse

L'anxiété, associée parfois à des manifestations somatiques d'angoisse, fait classiquement partie du parcours du patient confronté à la maladie grave et à la mort. Le but n'est pas de vouloir systématiquement la supprimer.

L'écoute est la première attitude de soin. Il s'agit d'être présent, solidaire, de laisser de la place pour que le patient s'exprime s'il le souhaite ou le peut, de tenter de le comprendre sans chercher à classer ou juger.

La recherche de facteurs organiques pouvant générer de l'anxiété est nécessaire (difficultés respiratoires dues à embolie ou lymphangite, douleurs répétées, subocclusion évoluant vers une occlusion, confusion débutante, etc.).

Lors de réunions en équipe, l'analyse du vécu de la personne malade permet de mieux comprendre la situation et de définir des options d'accompagnement, de soins ou de traitements adaptés.

Le recours à d'autres intervenants (bénévoles, psychologues, psychomotriciens, psychiatres, équipes de soins palliatifs, etc.) ou à d'autres techniques (relaxation, bains, massages, etc.) peut être un apport.

Les médicaments peuvent être associés à ces démarches mais leur usage n'est pas systématique et leur efficacité éventuelle n'est pas complète.

S'il est nécessaire d'utiliser des médicaments, une graduation est à observer.

En première intention, les benzodiazépines à demi-vie courte sont proposées :

- alprazolam (Xanax®) : 0, 25 à 1,5 mg par jour ;
- bromazépam (Lexomil®) : 2 à 6 mg par jour ;
- lorazépam (Témesta®) : 0,5 à 2,5 mg par jour.

En deuxième intention si l'anxiété demeure de manière importante, il est nécessaire de réévaluer la situation en équipe interdisciplinaire en tenant compte des éléments contextuels avec :

- l'analyse des mouvements psychiques du patient : désir de lutter, angoisses du passé réactivées, angoisse de la mort, attente d'un proche, revécus de scènes du passé, etc. ;
- l'analyse du contexte relationnel : épuisement de l'entourage, refus de la séparation, conflits latents non verbalisés, culpabilité, désir de mort de l'entourage, etc. ;

- l'analyse de l'attitude des soignants : épuisement, saturation, rejet, violence, attitudes des différents soignants divergentes, conflits ou crises, etc.

Il est bien souvent nécessaire de faire appel à un intervenant externe à l'équipe, comme à des membres de l'équipe mobile de soins palliatifs ou à un psychiatre.

Après ces deux étapes faites et si l'indication demeure, il est possible d'utiliser le midazolam (Hypnovel®) dans une visée d'anxiolyse et non pas de sédation. En général, on commence par 5 mg par 24 heures en continu en IV ou en SC. Si le patient est âgé et/ou fragile, on commence à 2 mg.

Si l'effet recherché n'est pas obtenu, il faut augmenter les doses. La communication orale doit être respectée.

L'anxiolyse peut être nocturne, diurne ou continue avec des variations de posologie selon le nyctémère.

Des mesures d'information doivent être prises auprès de la famille et par la traçabilité en précisant dans le dossier que le midazolam est prescrit à but anxiolytique et non pas sédatif. Il faut faire attention au glissement d'indication, notamment la nuit ou lors des changements d'équipe.

IV. Phase terminale, phase agonique et mort

La phase terminale correspond aux instants qui précèdent le mourir et celui du mourir.

On décrit classiquement deux phases : la phase pré-agonique et la phase agonique.

A. Phase pré-agonique

Elle est due à la défaillance d'une ou plusieurs fonction(s) vitale(s). On constate :

- sur le plan neurologique :
 - une variation de l'état de conscience allant d'une attitude calme à une agitation pouvant être importante ;
 - des épisodes de confusion aiguë, éventuellement des hallucinations visuelles ou auditives parfois sur le thème de la mort ;
- sur le plan respiratoire : accélération de la fréquence respiratoire, cyanose périphérique, encombrement fréquent des voies aériennes supérieures, mais non systématiques ;
- au plan cardiocirculatoire : accélération du pouls qui devient plus ou moins filant, variations de la pression artérielle parfois erratique, possibilité de marbrures cutanées.

Les différents symptômes peuvent être pendant cette phase encore réversibles par une stratégie thérapeutique symptomatique adaptée. D'autres fois la symptomatologie orientera vers la phase agonique.

B. Phase agonique

Les symptômes sont alors irréversibles, c'est le mourir. La seule évolution est la mort du patient. Les signes cliniques sont ceux d'une décérébration progressive, avec :

- sur le plan neurologique : coma aréactif, hypotonie avec comme premier signe l'abolition du réflexe cornéen puis l'installation d'un myosis ;
- sur le plan respiratoire : bradypnée irrégulière à type de respiration de Cheynes-Stockes accompagnée de râles agoniques et aboutissant à des gasps (très impressionnants pour les

témoins mais dont le patient, décérébré, n'a aucun ressenti en l'état de nos connaissances), cyanose plus ou moins importante ;

- au plan cardiocirculatoire : pouls filant quasi imprenable, pression artérielle basse voire non mesurable, extrémités froides et marbrures se majorant.

C. Traitements symptomatiques

À ce stade, seuls les traitements symptomatiques participant au confort de la personne se justifient pendant la phase pré-agonique. Pendant la phase agonique le patient est « décérébré », les soins du corps et des soins « symboliques » ou à forte importance symbolique peuvent être maintenus s'ils ne prolongent pas le temps difficile de l'agonie et n'aggravent pas les manifestations symptomatiques.

Par exemple, en phase agonique l'hydratation et la nutrition sont inutiles et aggravent l'encombrement. Le maintien de l'antalgie est totalement justifié durant la phase pré-agonique, peut se discuter lors de la phase agonique. Un principe peut être utile, largement utilisé dans les services de neuro-réanimation : le doute sur un possible inconfort doit bénéficier au patient ; l'antalgie par exemple sera maintenue sur cet argument.

La mort clinique légale correspond à l'arrêt des activités encéphaliques, neurovégétatives (mort cérébrale) et à l'arrêt des activités cardiocirculatoires et respiratoires (mort clinique).

Points clés

- Les soins palliatifs sont une prise en charge spécifique du malade en sus de la prise en charge des spécialistes d'organes.
- Cette prise en charge est une médecine complète, systémique. Le médecin de soins palliatifs doit tout prendre en compte et ne jamais s'arrêter au premier symptôme déclaré par le patient.
- Il devra veiller particulièrement à ce que les traitements prescrits n'aient pas ou aient le moins d'effets indésirables possibles.
- Le soignant veille à ce que le patient ressente une qualité de vie optimale et ce, jour après jour. Les traitements un jour favorables peuvent devenir délétères quelques jours ou semaines plus tard, ou selon son état clinique.
- Il faut savoir anticiper ces variations en étant toujours attentifs aux paroles du patient et de sa famille.