

Document pédagogique sur les soins palliatifs à destination des médecins généralistes en Isère



Dr. Aurélia Milly WONG

DIU de Soins palliatifs Université Joseph Fournier. Grenoble 2013.

Avec la Fédération des Activités de Soins Palliatifs et de Soins de Support du

CHU de Grenoble

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
DEFINITION des soins palliatifs.....	4
CADRE LEGISLATIF	5
La loi Léonetti	
Les directives anticipées	
La personne de confiance	
AIDE AU QUESTIONNEMENT ETHIQUE.....	8
Principe d'autonomie	
Principe de bienfaisance	
Principe de proportion	
Principe de non malfaisance	
Capacité de discernement	
Consentement	
Principe du double effet	
Sédation palliative	
Exploration d'une demande d'euthanasie	
REPERTOIRE	10
Rappels de quelques sigles	
Coordonnées USP, EMSP, HAD	
SYNTHESE PRATIQUE SUR DES SYMPTOMES	15
DOULEUR	15
Douleur nociceptive	
<i>Antalgiques de paliers 1 et 2</i>	
<i>Antalgiques de paliers 3 : les opioïdes forts</i>	
<i>Rotation des opioïdes</i>	
<i>Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts</i>	
<i>PCA</i>	
Douleur neuropathique	
Co analgésiques	
Traitements non médicamenteux	

DYSPNEE.....	25
Traitement symptomatique	
Morphine	
Benzodiazépine	
Oxygénothérapie	
Anticholinergique	
SOINS DE BOUCHE.....	27
Soins préventifs	
Soins curatifs	
Bouche sèche	
Bouche mycosique	
Bouche ulcérée	
Bouche malodorante	
ALIMENTATION.....	29
Alimentation plaisir	
Evaluation état nutritionnel	
Stade OMS	
NAUSEES, VOMISSEMENTS.....	30
CONSTIPATION.....	31
OCCLUSION.....	33
VOIE SOUS CUTANEE.....	34
AGITATION.....	37
SEDATION.....	38
Définition selon la SFAP	
Sédation à domicile en pratique	
ASPECTS SOCIAUX.....	40

INTRODUCTION

L'accompagnement et la prise en charge d'un patient en fin de vie reste une des tâches les plus complexes pour le médecin de famille. Cette complexité repose sur l'alliance d'un savoir faire et d'un savoir être (écoute, disponibilité, empathie...) indissociable pour accompagner des patients, parfois connus de longue date. L'implication personnelle et émotionnelle du soignant est importante.

C'est la raison pour laquelle la mise à disposition d'un document pédagogique peut être une aide potentielle pour les professionnels de santé libéraux accompagnant des patients en soins palliatifs à domicile en Isère.

Ce travail repose sur des recommandations actualisées: il résume la conduite thérapeutique à tenir devant les symptômes les plus fréquents pouvant être pris en charge à domicile. Il regroupe toutes les coordonnées des structures en Isère concernées par les soins palliatifs. Enfin avec le rappel du cadre législatif de la Loi Léonetti, il permet de poser les bases d'une réflexion partagée et articulée autour des attentes du patient.

Ce travail devrait répondre certainement à un besoin et une demande, et servir à diffuser la culture palliative au sein de notre profession.

Bonne lecture,

Dr Wong Aurélia Milly, médecin généraliste (Saint Egrève 38120)
Contact : wongmilly@yahoo.fr

RAPPELS, DEFINITIONS

Définition soins de support, soins palliatifs, soins terminaux.¹

Il n'existe pas de distinction précise entre ces différentes étapes mais plutôt une forme de continuité de soins dans laquelle on glisse de la prise en charge initiale de la maladie à celle centrée sur le malade.

Le schéma ci dessous représente la place de plus en plus importante des traitements de confort au cours de l'évolution de la maladie. C'est l'apparition des premières métastases ou évolution locale incurable qui marque l'entrée d'un patient en soins palliatifs.

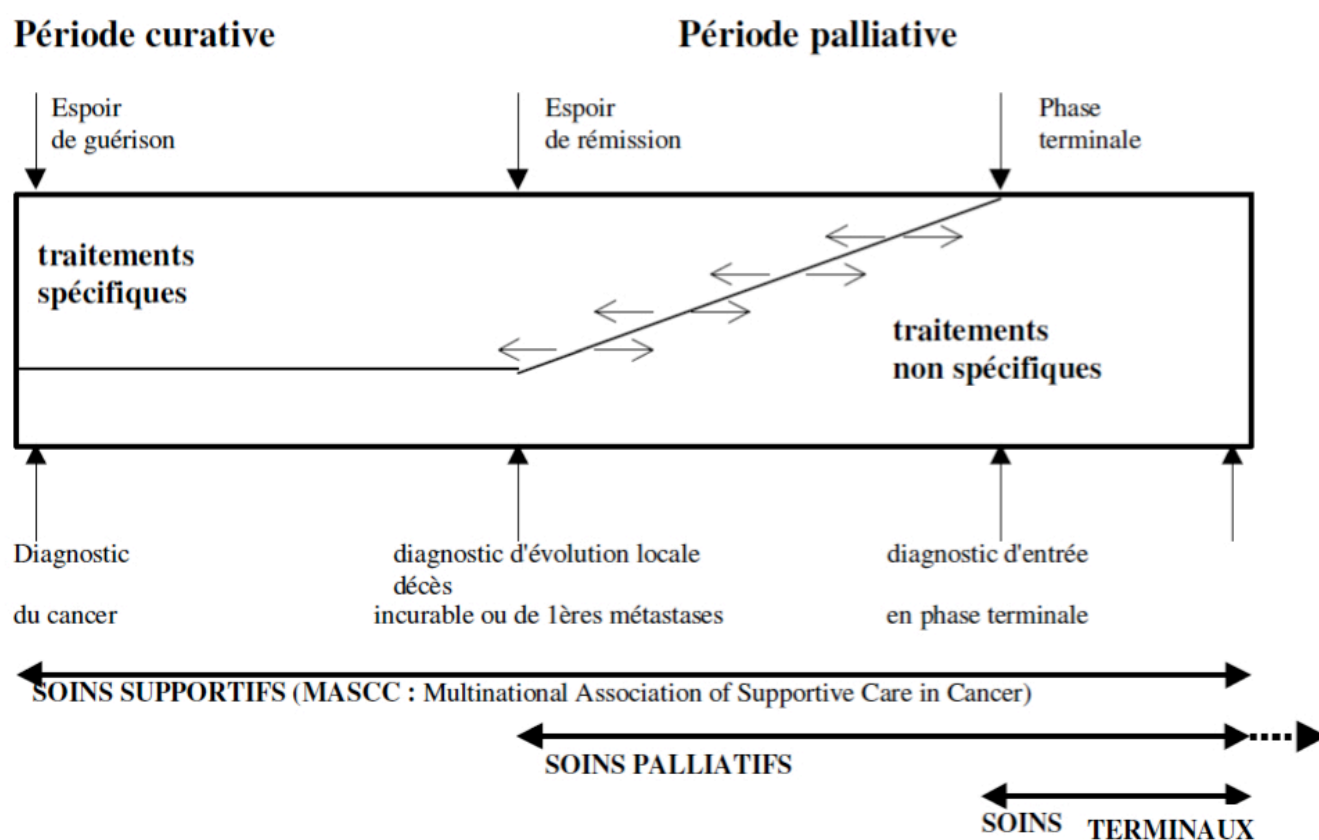


Schéma 1 : Différences entre soins de support, soins palliatifs et soins terminaux

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus.

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, psychologue, kinésithérapeute, assistante sociale), ils visent une approche globale mais unique pour chaque patient. Ils visent à soulager la douleur et à répondre aux besoins d'accompagnement physiques, psychologiques, sociaux et spirituels de la personne soignée et de son entourage.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort.

LOI LEONETTI 2

Pour les professionnels de santé, cette loi du 22/04/2005 repose sur plusieurs points :

- le droit d'interrompre ou de ne pas entreprendre des traitements inutiles ou disproportionnés (**principe de proportionnalité**)
- le devoir de prendre en compte la volonté du patient y compris de refuser un traitement (**principe d'autonomie**).
- le devoir d'assurer une continuité des soins dans tous les cas. En cas de refus de traitement, l'accès aux soins palliatifs doit être garantis au patient.
- si le patient est inconscient, l'arrêt du traitement ne peut être décidé que dans le cadre d'une procédure collégiale.
- la possibilité d'utiliser des traitements dans l'intention de soulager la souffrance même s'ils risquent d'abrèger la vie (**principe du double effet**)

Le médecin doit délivrer une information claire, loyale et appropriée sauf en cas de refus du patient. Cette information repose sur le rapport bénéfices risques des investigations et des traitements proposés.

❖ **Si le patient est considéré comme capable d'exprimer sa volonté**

- Il peut refuser tout traitement
- Ce refus doit être réitéré dans un délai raisonnable
- En dehors des situations d'urgences non anticipées, le médecin a l'obligation de respecter ce refus
- La décision motivée doit être inscrite dans le dossier

1) Le patient est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable

« Le médecin respecte sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix » (article 6)

2) En dehors des situations de fin de vie, le médecin doit :

- Informer le patient et s'assurer qu'il a compris les conséquences de sa décision
- Tenter de le convaincre du maintien du traitement jugé pertinent
- Si besoin faire appel à un collègue pour d'autres explications

Dans tous les cas le médecin dispense des soins dans le cadre d'une démarche palliative (article 4)

❖ **Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté**

Le médecin en charge du patient est responsable de la décision de limitation ou de l'arrêt d'un traitement considéré comme une obstination déraisonnable

Cette décision doit respecter la procédure suivante :

1) Si le patient est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable

2) Ou si le patient est maintenu artificiellement en vie :

Le médecin doit :

- Rechercher et prendre en compte **les directives anticipées** éventuelles (cf. encadré)
- Recueillir l'avis de la **personne de confiance** (si elle a été désignée) ou à défaut celui de la famille ou des proches (cf. encadré)
- Respecter la **procédure collégiale**

Le médecin doit limiter ou arrêter un traitement si celui ci est jugé inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie. L'histoire, le contexte et l'environnement du patient doivent être pris en compte dans la décision.

La décision motivée est inscrite dans le dossier du patient (article 9)

¹ Recueil de Pratique Professionnelle en Soins palliatifs, Réseau de Cancérologie de l'Arc alpin Version 2 :mars 2006

² Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 art.1, art.2 **Journal Officiel** du 23 avril 2005

LES DIRECTIVES ANTICIPEES³

Le patient peut rédiger des directives anticipées dans le cas où il serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Celles-ci indiquent ses souhaits relatifs à sa fin de vie. Elles doivent être écrites, datées et signées par le patient. En cas d'impossibilité d'écrire, le patient peut être assisté de deux témoins. Elles sont révocables à tout moment. Dans le cas contraire, elles ont une durée de validité de trois ans.

LA PERSONNE DE CONFIANCE

La désignation d'une personne de confiance par un patient est inscrite dans la Loi du 4 mars 2002. Si le patient ne peut pas exprimer sa volonté, le médecin doit s'informer de l'existence de cette personne de confiance dans son entourage et la consulter afin de l'interroger sur les souhaits exprimés auparavant par le patient. Elle ne peut décider à la place de l'intéressé, elle a un rôle consultatif et non décisionnel quand le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté.

La désignation d'une personne de confiance comme la rédaction de directives anticipées par le patient doivent se faire par écrit mais pas nécessairement avec un formulaire officiel, un papier libre suffit. Les établissements de santé dont les hôpitaux ont tout intérêt à élaborer des formulaires type daté et signé, dont on peut garder la trace dans le dossier médical.

En exemple, une partie du formulaire pour les directives anticipées proposé par le CHU de Grenoble est présentée ci-dessous.

Madame, Monsieur,

Comme l'autorise la loi, vous avez la possibilité de rédiger, pour le cas où vous ne seriez plus en état d'exprimer votre volonté, des directives anticipées. Elles vous permettent de faire connaître vos souhaits quant à votre fin de vie. Si vous devenez inconscient et que les actes de soin deviennent inutiles, disproportionnés, ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, le médecin peut décider de les limiter ou de les arrêter en prenant en compte vos souhaits. Néanmoins le médecin reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer vos orientations exprimées dans ce document. Elles sont valables trois ans et peuvent être révoquées ou modifiées à tout moment.

Je soussignée :

Nom.....

Prénom.....

Né(e) le...../...../..... à (lieu).....le (date).....

Signature :

Souhaits relatifs à ma fin de vie, concernant les conditions de limitations ou d'arrêt de traitement :

³ **Les directives anticipées en pratique** Guide conseil à l'usage des professionnels. Espace Ethique Rhône-Alpes. 2012

AIDE AU QUESTIONNEMENT ETHIQUE ⁴

Après un rappel du cadre légal, voici quelques rappels d'éthique pouvant guider le questionnement nécessaire pour accompagner un patient en fin de vie. Parfois, de prendre des décisions médicales face à des situations difficiles.

Principe d'autonomie : Le souhait du patient a-t-il été respecté ?

Toute personne capable de discernement a le droit de prendre les décisions qui la concernent, d'accepter ou de refuser un traitement qui lui est proposé.

Principe de bienfaisance : Quel est le bénéfice attendu des examens et traitements proposés sur le confort du patient ?

L'idée est de maximiser les avantages, et de minimiser les dommages.

Principe de proportion : Est ce que les décisions thérapeutiques prises apparaissent inutiles, disproportionnées n'ayant d'autres effets que le prolongement artificiel de la vie ? (obstination déraisonnable)

Une thérapeutique n'est justifiée que si sa mise en route et ses effets sont proportionnés par rapport au bien qu'en tirera le patient.

Principe de non malfaisance : Ne pas nuire=primum non nocere

La décision prise ne doit pas nuire davantage au patient. Evaluer le risque d'aggraver la douleur, l'inconfort, la souffrance pour chaque proposition faite au malade sur le plan physique, moral, psychologique et social.

Capacité de discernement : Faculté d'apprécier une situation et de prendre les décisions en conséquence :

- le patient est capable de recevoir et comprendre les informations
- à partir de celles-ci, il est en mesure de se forger une opinion
- il est conscient de la relation existant entre l'information qu'il reçoit, sa décision et les conséquences que cette dernière entraîne.
- Il peut faire connaître sa décision au médecin

Consentement : pour qu'il soit libre et éclairé, les éléments suivants doivent être respectés :

- le patient dispose d'informations compréhensibles et appropriées
- il a sa capacité de discernement
- il est libre de toute pression ou influences

⁴ Ce chapitre a été repris en partie dans « L'éthique dans le contexte des soins palliatifs ». Guide des soins palliatifs du médecin vaudois n°11.2009 (Suisse)

Principe du double effet :

Un effet négatif comme la mort du patient peut être permis s'il n'est pas intentionnel et s'il survient comme effet secondaire d'une action bénéfique.

- l'intention doit être bonne : l'effet direct et volontaire est de soulager le patient
- l'effet recherché doit l'emporter sur l'effet secondaire
- l'effet secondaire doit être prévisible mais non intentionnel

Sédation palliative :

Administration intentionnelle d'une substance sédatrice non opioïde dans le but d'obtenir le soulagement d'un symptôme réfractaire en réduisant temporairement ou définitivement l'état de conscience d'un patient atteint d'une maladie incurable.

Exploration d'une demande d'euthanasie :

- Explorer les attentes et les peurs du patient vis-à-vis de sa fin de vie et de sa mort.
- Evaluer sa connaissance des options de soins disponibles en fin de vie
- Rechercher s'il a des objectifs et projets qu'il souhaiterait encore réaliser
- Evaluer ce qui est source de souffrance pour lui aujourd'hui
- Comprendre ce qui donne sens à sa vie, comment il considère sa qualité de vie actuelle
- Exclure une dépression traitable, s'assurer de sa capacité de discernement
- Explorer avec lui l'attitude des proches à l'égard de son projet et s'il se sent une charge pour eux

REFERENCES UTILES EN SOINS PALLIATIFS EN LIGNE

- ▶ Brochure « **Soins palliatifs et accompagnement** » INPES 2009.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Brochure_grand_public_sur_les_soins_palliatifs_et_l_accompagnement.pdf
- ▶ « **Accompagner un patient en fin de vie** » Bulletin d'information de l'ordre national des médecins, Mai Juin 2013.
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/MEDECINS_Special_fin_de_vie_2013.pdf
- ▶ « **Penser solidairement la fin de vie** », rapport Sicard à F. Hollande. 2012
- ▶ « **Vivre la fin de vie chez soi** » rapport de l'Observatoire National de la Fin de Vie, Mars 2013.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000186/0000.pdf>
- ▶ « **Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir** » avis 121 du CCNE, Juillet 2013.
http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_121_0.pdf

REPertoire des structures de soins palliatifs en Isère

Rappels de quelques sigles

USP⁵ : Unité d'hospitalisation de Soins Palliatifs

Unité spécialisée avec une activité spécifique et exclusive en soins palliatifs. Réservée aux situations d'accompagnement les plus complexes.

EMSP⁵ : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

C'est une équipe multidisciplinaire rattachée à un établissement de santé qui se déplace au lit du patient et auprès des soignants à la demande des professionnels de l'établissement de santé. Elle a un rôle d'évaluation, de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes et participe à la diffusion de la démarche palliative au sein de l'établissement. Elle peut recevoir également des patients non hospitalisés en consultation dans l'établissement où elle exerce. A titre expérimental, une équipe mobile peut intervenir dans une institution médico-sociale ou à domicile, dans le cadre d'un réseau ou non.

LISP⁵ : Lits Identifiés en Soins Palliatifs

Lits accueillant des patients en soins palliatifs en dehors d'une USP. Ces lits se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs. Cette reconnaissance d'une activité soins palliatifs pour un service donne lieu à une dotation de moyens adaptés.

HAD⁵ : Hospitalisation A Domicile

L'HAD peut être prescrite lorsque le patient nécessite des soins complexes ou d'une technicité spécifique. Elle se justifie lorsque la charge de soins est importante. En tant qu'établissements de santé, elles sont soumises à l'obligation d'assurer les soins palliatifs. Elles peuvent désormais intervenir également dans les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Les Plateformes de coordination (anciennement réseaux)

Ces plateformes de santé sont dotées d'une équipe opérationnelle de coordination, composée de médecins, d'infirmières, qui ne réalisent aucun acte technique de soins mais qui interviennent sur le lieu de vie d'un patient en situation complexe de soins afin de favoriser son maintien à domicile. Elles sont un appui à la coordination et un soutien aux professionnels.

Pour les demandes d'évaluation en soins palliatifs à domicile ou en EHPAD, c'est la plateforme de Grenoble qui intervient car elle a une équipe thématique en soins palliatifs. Pour les demandes d'accompagnement et soutien psychologique pour un patient ou sa famille, ces plateformes disposent d'une liste de professionnels libéraux sur demande.

Coordination Proximité Santé CPS pour le bassin grenoblois (avec équipe thématique Soins Palliatifs)

16 rue Tour de l'eau 38400 Saint Martin d'Hères

Tel : 04 76 24 90 38 Courriel : plateformecps@gcsmrsi.fr

Pôle de Coordination de Proximité M.A.D VERCORS (avec équipe thématique Soins Palliatifs en cours de constitution « Santé en Vercors »)

142 rue des Beaumonts, 38250 Villard de Lans

Tel : 04 76 85 28 19 Courriel : pcpvercors@gcsmrsi.fr

Site internet www.madvercors.fr

Plateforme Santé Voironnais PSV

Centre hospitalier, B.P. 208, 38506 Voiron Cedex

Tel : 04 76 65 09 49 Courriel : admin.psv@orange.fr

Associations de bénévoles :

Ces associations d'accompagnement organisent l'intervention de bénévoles dans des établissements de santé. Elles sont constituées par un ensemble de personnes qui se mobilisent pour améliorer les conditions de vie de personnes en souffrance.

Les bénévoles proposent aux patients et à leur famille une présence attentive, et une écoute pendant leur séjour à l'hôpital. Leur intervention nécessite l'accord de la personne. Ils n'interfèrent pas dans la pratique des soins, et respectent les opinions philosophiques ou religieuses des patients. Ils sont soumis à une obligation de confidentialité. En ville, pour les patients à domicile, ces associations organisent des réunions et des temps famille.

Par exemple l'association **JALMALV (Jusqu'À La Mort Accompagner La Vie)**

4 bis rue Hector Berlioz 38 000 Grenoble

Téléphone : 04 76 51 08 51 site : www.jalmalv.fr

⁵ CIRCULAIRE N°DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008

relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs

UNITE DE SOINS PALLIATIFS

Une seule pour le département de l'Isère au sein de la Clinique de Soins Palliatifs et de Coordination en Soins de Support.

Responsable : Pr Guillemette Laval. Email : GLaval@chu-grenoble.fr

CHU de Grenoble

Hôpital Michalon (Pavillon Elisée Chatin, 3ème étage)

Bd de la Chantourne 38 043 GRENOBLE Cedex 9

38 028 **GRENOBLE** Cedex

Responsable: Dr Michaela Favre

Email : soinspalliatifs@chu-grenoble.fr



04 76 76 61 27/04 76 76 61 31

LITS IDENTIFIES DE SOINS PALLIATIFS

Ces lits identifiés sont repartis sur différents établissements du département dans des services de courts ou moyens séjours (CHU Grenoble, Groupe Hospitalier Mutualiste, Clinique des Cèdres, Rocheplane, CH de Voiron, CH de Pont de Beauvoisin, CH de Tullins, CH de Bourgoin jallieu, CH de Vienne)

EQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS EN ISERE

CHU de Grenoble

Bd de la Chantourne 38 043 GRENOBLE Cedex 9

38 028 **GRENOBLE** Cedex

Responsable: Dr Karine Liatard

Email : soinspalliatifs@chu-grenoble.fr



04 76 76 56 57

Groupe hospitalier mutualiste de Grenoble

Bâtiment IDH 21, rue du Dr Hermitte

38 028 **GRENOBLE** Cedex

Responsable: Dr Carol Dussud Stempin

Email : emasp@ghm-grenoble.fr



04 76 70 89 45

Centre hospitalier de Voiron

14 route des Gorges

BP 208 38506 **VOIRON** Cedex

Responsable: Dr Sophie de la Condamine

Email : emsp.secretariat@ch-voiron.fr



04 76 67 14 49

Centre hospitalier Pierre Oudot

30 avenue du Médipôle

BP 348 38317 **BOURGOIN JALLIEU** Cedex

Responsables: Dr Béatrice Cholin /Dr Charlotte Humeau

Email : soinspalliatifs@ch-bourgoin.fr



04 69 15 71 83

Centre hospitalier Lucien Hussenot

BP 127 38 209 **VIENNE** Cedex

Responsable: Dr Bruno Rochas

Email : soins.palliatifs@ch-vienne.fr



04 74 31 30 70

HOSPITALISATION A DOMICILE EN ISERE

HAD du CHU de Grenoble

Bd de la Chantourne 38 043 BP 127 GRENOBLE Cedex 9
Responsable : Dr Lydie Nicolas

Email : lnicolas@chu-grenoble.fr



04 76 76 55 55

HAD du Voironnais

Responsables : Dr Antoine Villard et Dr Marie Charlotte Ferré-
Tanchoux

Email : hadvoiron@agiradom.com



04 76 06 56 50

HAD du Centre hospitalier de Bourgoin Jallieu

Responsable : Dr Marc Magnet

Email : soins.sante@hadlyon.asso.fr
ou www.hadlyon.asso.fr (pour les demandes en ligne)



04 72 27 23 60

HAD du Centre hospitalier de Vienne

BP 127 38 209 VIENNE Cedex
Responsable : Dr Arnaud Vaganay

Email : a.vaganay@ch-vienne.fr



04 37 02 10 90

SYNTHESE PRATIQUE SUR DES SYMPTOMES

DOULEUR ⁶⁻⁷

Toute douleur doit faire l'objet d'une **EVALUATION** rigoureuse puis d'une **RE EVALUATION** pour **ADAPTATION** du traitement antalgique.

Il s'agit d'évaluer l'intensité, évolution temporelle, localisation, mécanismes, impact sur la qualité de vie à l'aide d'outils tels que l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) ou d'autres grilles si la communication est impossible.

http://www.doloplus.com/pdf/3V_DOLOPLUS_FR.pdf (douleur globale)

<http://www.doloplus.com/pdf/algoplus.pdf> (douleur aigue)

On distingue :

► LES DOULEURS NOCICEPTIVES

Par excès de stimulation des récepteurs de la douleur, sans lésion du système nerveux.

Elles nécessitent selon leur intensité des **antalgiques de paliers 1,2 ou 3**.

► LES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Par lésion des voies de transmission de la douleur.

Leur identification repose sur diverses caractéristiques sémiologiques reprises dans le DN4.

Elles nécessitent des **antiépileptiques** ou **antidépresseurs tricycliques**.

► LES DOULEURS MIXTES (nociceptives ET neuropathiques)

⁶ Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses. www.afssaps.fr

⁷ Traitements de la douleur chez le patient adulte relevant de soins palliatifs. Revue Praticien 2009.

DOULEUR NOCICEPTIVE

	DCI	Noms commercial	Formes disponibles	Posologie	Effets indésirables
P A L I E R 1	Paracétamol	DAFALGAN®	PO : cp 500mg, 1gr	1 gr 4 fois/jour	Se méfier d'autres associations contenant du paracétamol (Ixprim, Zaldiar, Claradol..)
		DOLIPRANE®	Suppo : 600mg, 1gr		
		EFFERALGAN®	IV (Perfalgan 1gr) délivrance hospitalière SC (hors AMM risque de nécrose)		
P A L I E R 1	Aspirine	ASPIRINE®	PO, Suppo	500mg à 6g/jour	Intolérance gastro intestinale
		ASPEGIC®			
	Nefopam	ACUPAN®	IM IV SC amp 20mg PO (hors AMM)	20mg/4h Max : 120mg/jour	Sueurs, nausées, somnolence
P A L I E R 2	Extrait d'opium	LAMALINE® (paracétamol opium caféine)	PO gel 300/30mg Suppo 500/50mg	Gél : 1 à 10 /jour Suppo : 1 à 6/jour	
	Codéine +/- paracétamol	DICODIN LP®	PO :codéine seule, forme LP 60mg	Cp : 1 cp/12h	Constipation++ nausées ! Si posologie max insuffisante 8cp/24h passer à SKENAN LP® 30mg matin et soir
		KLIPAL codéine	PO : 300/25mg ou 600/50mg	Cp : 1 à 2 cp/6h (max 8/jour) Cp : 1 cp/6h (max 4/jour)	
	Tramadol	TOPALGIC®	PO :LI 50mg LP 100,150,200mg	sol.buvable : 30gouttes 3 fois/jour SC, IV : amp.100mg	50 à 100mg/6h
CONTRAMAL®					
Tramadol + paracétamol	ZALDIAR® IXPRIM®	PO : 37,5/325mg			

Antalgiques de palier 3 ⁸

Après échec des ATG paliers 1 et 2, on passe aux ATG opioïdes forts.

- Familles : morphine, oxycodone, hydromorphone et fentanyl
- Formes d'administration : PO, IV, SC, transcutané
- Formes d'action : libération immédiate (LI), libération prolongée (LP)
- Effets secondaires : constipation, sécheresse buccale, nausées, vomissements, myoclonies, sueurs, rétention urinaire, somnolence, dépression respiratoire.
- Associations possibles : paliers 1+2, paliers 1+3 ET NON aux paliers 2+3 !

		PALIER 3 (liste non exhaustive)			
		MORPHINE	OXYCODONE	HYDROMORPHONE	FENTANYL
FORME ORALE	Libération Immédiate	SEVREDOL® 10-20 mg ACTISKENAN® 5-10-20-30mg ORAMORPH® (unidoses) 10-30-100mg/5ml ORAMORPH® (gouttes) 4 gouttes=5 mg	OXYNORM® gel 5-10-20 mg		ABSTRAL® cp sublingual ACTIQ® (applicateur buccal) BREAKYL® film orodispersible EFFENTORA® cp gingival INSTANYL® spray nasal PECFENT® spray nasal
	Délai d'action	30 à 45 mns	30 à 45 mns		5 à 10 mns
	Durée d'action	4 heures	4 heures		1 à 2 heures
OU TRANSDERMIQUE	Libération prolongée	SKENAN® gel 10-30-60-100-200 mg MOSCONTIN® cp 10-30-60-100-200 mg	OXYCONTIN® cp 5-10-15-20-30-40-60-80-120mg	SOPHIDONE® gel 4-8-16-24mg	DUROGESIC® patch 12-25-50-75-100µg MATRIFEN® 12-25-50-75-100µg
	Délai d'action	2 à 3 heures	1 à 2 heure	2 à 3 heures	12 heures
	Durée d'action	12 heures	12 heures	12 heures	3 jours
FORME IV	Délai d'action	MORPHINE® (ampoule) 10-20-50-100-200-250-400-500 mg IV 10 mns SC 20 mns	OXYNORM® (ampoule) 10-20-50-200 mg IV 10 minutes SC 20 minutes		Délivrance hospitalière
	Durée d'action	4 heures	4 heures		

LA MORPHINE

1 dose PO=1/2 dose SC=1/3 dose IV

Pour débiter un traitement de fond par voie orale, on commence par **1 mg/kg/jour**.

Exemple : Pour un adulte de 60kg SKENAN LP 30mg matin et soir

Ajouter la possibilité d'**interdoses** : de **1/6 à 1/10 de la dose journalière** toutes les 4 à 6 heures jusqu'à disparition ou tolérance de la douleur par le patient.

Pour augmenter le traitement de fond en cas de douleurs persistantes ou d'accès douloureux paroxystiques fréquents, 2 possibilités :

- augmenter la dose de fond de 30 à 50%
- additionner toutes les interdoses nécessaires à la dose de fond initiale pour calculer la nouvelle dose de fond.

Exemple pour un patient sous SKENAN LP 30mg matin et soir (soit 60 mg /jour) qui prend 4 interdoses d'ACTISKENAN 5 mg par jour, la nouvelle dose de fond sera :

- SKENAN 80 à 90 mg par jour (si augmentation de 30 à 50% de la dose totale)
- SKENAN 80 mg (en additionnant au 60 mg dose de fond les 20 mg d'interdoses supplémentaires)

Sans oublier d'adapter les nouvelles interdoses ! Dans cet exemple on passe d'ACTISKENAN 5 à 10 mg toutes les 6 heures.

L'OXYCODONE

Même conduite que la morphine SAUF dosage initial diminué de moitié
60 mg morphine orale = 30 mg oxycodone orale
De plus, la dose IV=dose SC

- ▶ Pas de dose plafond, des doses importantes peuvent être administrées sans risque de surdosage avec une surveillance rapprochée. Si surdosage, l'antidote de la morphine est la **NALOXONE Narcan**. En pratique, l'arrêt du TT opioïde peut suffire. En cas de fréquence respiratoire < 8, la **NALOXONE** est l'antidote. Diluer 1 ampoule de NARCAN (0,4mg/1ml) dans 9ml de NaCl 9‰ ou G5%, injecter le produit dilué toutes les 2 minutes en IV (SC et IM possible mais action retardée de quelques minutes). Mettre en place une dose d'entretien dès restauration d'une FR>10. 5 ampoules en perfusion sur 4h dans 500cc de G5%.
- ▶ Si effets indésirables malgré TT préventif, modifier la voie d'abord avec relais SC ou IV. **Attention effet flash des bolus en IV, privilégier les bolus en SC.**
- ▶ Toujours associer les règles hygiéno-diététiques (RHD) et les laxatifs à la prescription d'un traitement par opioïdes. (cf. chapitre constipation)

► En cas d'accès douloureux paroxystiques (ADP) le **fentanyl** transmuqueux (par voie buccale ou nasale) est intéressant dans cette indication comme en cas de mobilisation ou soins douloureux. Il agit en 5 à 10 minutes contrairement aux autres opioïdes per os à LI nécessitant entre 30 et 60 mns de délai d'action. Au départ utiliser le dosage minimal à réadapter selon l'évolution de la douleur. Délivrance maximale 4 fois par jour. **Il ne peut être prescrit que chez un patient DÉJÀ sous traitement opioïde de fond** équivalent à 30 mg morphine orale par jour ou plus.

ROTATION DES OPIOIDES ⁸

Dans quelles circonstances ? En cas d'effets indésirables rebelles malgré un traitement symptomatique ou en cas de douleur résistante malgré l'augmentation continue des opioïdes.

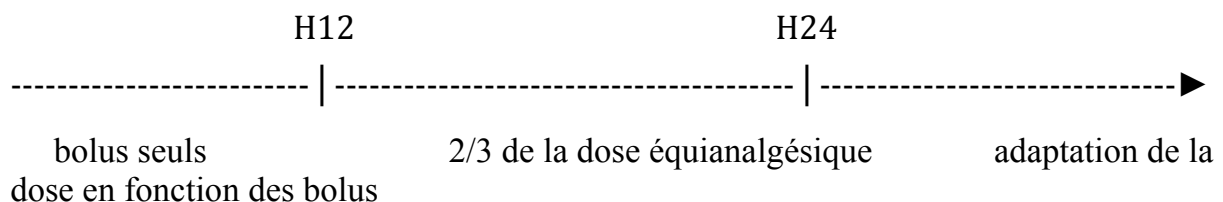
En pratique ? c'est le remplacement d'un opioïde par un autre. ATTENTION : Si le patient prend son traitement morphinique depuis plusieurs semaines, débiter par prudence en cas de rotation, le nouvel opioïde à une dose plus faible que l'équivalence proposée.

Passage d'une forme orale LP 12h à une autre forme orale LP : on remplace un produit par un autre. Exemple : **SKENAN** 120mg /jour équivaut à **OXYCONTIN** 60mg/jour aux mêmes heures de prise matin et soir.

Passage d'une forme orale LP 12h à du Fentanyl transdermique : application du patch au moment de la dernière prise orale de morphine car le patch commence à agir au bout de 12h.

Passage du Fentanyl à une forme orale, IV ou SC : Il faut tenir compte de l'élimination progressive du Fentanyl. Après retrait du patch et pendant les 12 premières heures, prescrire des bolus de morphine de 1/10^{ème} de la dose totale de fentanyl grâce à la table d'équianalgésie. De la 12^{ème} à la 24^{ème} heure, atteindre 50% de la dose équivalente initiale. Puis de la 24^{ème} à la 36^{ème} heure, atteindre les 75%. Au-delà de 36 heures, le fentanyl est éliminé, la morphine est délivrée à dose équivalente à celle calculée au départ.

Si le patient est douloureux au moment de la rotation, le relais peut être plus rapide



Comment ? Avec la table d'équianalgésie des opioïdes du CHU de Grenoble.

⁸ Table pratique d'équianalgésie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception. version 6, 2013. Fédération des activités de soins palliatifs et de soins de support du CHU de Grenoble.

Table pratique d'équianalgie des opioïdes forts dans la douleur cancéreuse par excès de nociception (ratio calculé à partir du passage par la morphine orale)

1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV - Délais action approximatifs de morphine LI : Per os : 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'équianalgie est entre 1/2 et 1 du fait de la variabilité inter-individuelle).

Version 6 - Septembre 2013
 Fédération soins de support - soins palliatifs - CHU de Grenoble (38)
 coordination.support@chu-grenoble.fr - soins.palliatifs@chu-grenoble.fr

Dose / 24h	Morphine en mg				Oxycodone en mg				Hydromorphone en mg		Fentanyl en µg		
	PO	SC		IV	PO	PO	SC - IV		PO	Transdermique	Transmuqueux	Transdermique	Transmuqueux
		Dose du bolus**	Dose du bolus**				Dose du bolus**	Dose du bolus**					
Moscontin cp LP	Actiskéran gel LI 5 - 10 - 20 - 30 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 LP 5 - 10 - 15 - 20 - 30 - 40 - 60 - 80 - 120 mg	Targinact* (oxycodone / naloxone) op LP 5/2,5 - 10/5 - 20/10 - 40/20 mg	OxyNorm gel LI 5 - 10 - 20 mg	OxyNorm sol inj amp 10 - 20 - 50 - 200 mg	Sophidone gel LP 4 - 8 - 16 - 24 mg	Durogesic Fentanyl Ratiopharm Fentanyl Sandoz Fentanyl Winthrop Metrifen patch 12 - 25 - 50 - 75 - 100 µg/h	Abstral cp sublingual 100 - 200 - 300 - 400 - 600 - 800 µg Actiq appl. buccale 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 - 1600 µg	Breakly film orodispersible 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 µg	Breakly film orodispersible 200 - 400 - 600 - 800 - 1200 µg	Effortone cp gingival 100 - 200 - 400 - 600 - 800 µg Instanyl pulv. nasale 50 - 100 - 200 µg PecFent spray nasal 100 - 400 µg
20	1/10 2 3,5	1 1,5	0,5 1	10	10	1 1,5	1/10 6,5	10	1 1,5	1 1,5	1/10 1 1,5	1 1,5	1 1,5
30	3 5	1,5 2,5	1 1,5	15	15	1,5 2,5	10 1,5	15	1 1,5	1 1,5	12	12	12
60	6 10	3 5	2 3	30	30	3 5	20 2	30	2 3	2 3	25	25	25
90	9 15	4,5 7,5	3 5	45	45	4,5 7,5	30 3	45	3 5	3 5	37	37	37
120	12 20	6 10	4 7	60	60	6 10	40 4	60	4 7	4 7	50	50	50
160	16 27	8 13	5 9	80	80	8 13	53 5	80	5 9	5 9	75	75	75
180	18 30	9 15	6 10	90	80 + 10*	9 15	60 6	90	6 10	6 10	75	75	75
200	20 33	10 17	7 11	100	80 + 20*	10 17	67 7	100	7 11	7 11	100	100	100
240	24 40	12 20	8 13	120	80 + 40*	12 20	80 8	120	8 13	8 13	150	150	150
280	28 47	14 23	9 16	140	80 + 60*	14 23	93 9	140	9 16	9 16	150	150	150
300	30 50	15 25	10 17	150	80 + 70*	15 25	100 10	150	10 17	10 17	150	150	150
360	36 60	18 30	12 20	180	80 + 100*	18 30	120 12	180	12 20	12 20	150	150	150
400	40 67	20 33	13 22	200	80 + 120*	20 33	133 13	200	13 22	13 22	150	150	150
480	48 80	24 40	16 27	240	80 + 160*	24 40	160 16	240	16 27	16 27	150	150	150
540	54 90	27 45	18 30	270	80 + 190*	27 45	180 18	270	18 30	18 30	150	150	150
600	60 100	30 50	20 33	300	80 + 220*	30 50	200 20	300	20 33	20 33	150	150	150
720	72 120	36 60	24 40	360	80 + 280*	36 60	240 24	360	24 40	24 40	150	150	150
900	90 150	45 75	30 50	450	80 + 370*	45 75	300 30	450	30 50	30 50	150	150	150
1000	100 167	50 83	33 56	500	80 + 420*	50 83	333 33	500	33 56	33 56	150	150	150

*A. parêtre. ** Dose du supplément = 1/6 à 1/10 de la dose totale par 24 heures par la même voie. LP = Libération prolongée = durée d'action 12 h. LI = Libération immédiate = durée d'action 4 à 6h.
 ▲ Au-delà d'une dose de 80 mg par 24h, l'augmentation de la posologie se fait en associant OxyContin LP à Targinact.

POMPE ANALGESIQUE AUTOCONTROLEE : PCA ⁹

Matériel permettant la délivrance continue d'un opioïde en IV ou en SC avec la possibilité pour le patient de s'administrer lui-même ses interdoses.

Il est possible d'obtenir ce matériel en ville via des pharmacies, associations ou prestataires de service, par exemple :

- **AGIR à Dom** 29 Boulevard des Alpes, Meylan. Contact 04 76 51 03 04, www.agiradom.com

- **Homeperf** 95 rue du Général Mangin, Grenoble. Contact 04 76 75 55 02 www.homeperf.com

Cependant, pour l'initiation d'un traitement par PCA, il est recommandé de faire appel à une équipe spécialisée en soins palliatifs.

⁹ **Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la SFAP**

Recommandations pour l'indication et l'utilisation de la PCA à l'hôpital et à domicile pour l'administration de morphine chez le patient atteint de cancer et douloureux en soins palliatifs, 2006

▪ Comment utiliser la PCA ? <http://www.sfap.org/pdf/VIII-I4a-pdf.pdf>

▪ Outil pratique pour la prescription de la PCA à l'hôpital et à domicile

<http://www.sfap.org/pdf/VIII-I4b-pdf.pdf>

▪ Fiche de surveillance de la PCA morphine <http://www.sfap.org/pdf/VIII-I4c-pdf.pdf>

DOULEUR NEUROPATHIQUE

Pour faire le diagnostic, poser 4 questions. A chaque réponse OUI coter 1.

Si le score est supérieur ou égal à 4/10 il existe une douleur neuropathique à prendre en charge.

QUESTIONNAIRE DN4 (Douleur Neuropathique en 4 questions)

Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ? **1** brûlure **2** froid douloureux **3** décharges électriques

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région aux symptômes suivants ? **4** fourmillements **5** picotements **6** engourdissements **7** démangeaisons

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen clinique met en évidence ? **8** hypoesthésie au tact **9** hypoesthésie à la piquûre

Question 4 : La douleur est-elle augmentée ou provoquée par ? **10** le frottement

MOYENS THERAPEUTIQUES (liste non exhaustive)

	DCI	NOM COMMERCIAL	FORME DISPONIBLE	Posologie	Indications
Corticothérapie	Prednisolone Méthyl-prednisolone	SOLUPRED® MEDROL®	Cp :1,5,20 mg Cp :4,16,100 mg	2 à 3 mg/kg/jour	Compression des voies nerveuses
Antidépresseur tricyclique (AD)	Amytryptiline	LAROXYL®	PO : Cp 25,50mg Sol. Buvable (1 goutte =1ml) IV, IM Amp 50mg	- début doses faibles (10à25mg) - monoprise le soir puis 2fois/j - augmentation progressive sur 15 jours - dose voisine 1mg/kg/jour	Fond douloureux continue Paresthésies Effets secondaires nombreux
Antiépileptique (ou AC anti convulsivant)	Prégabaline Gabapentine	LYRICA® NEURONTIN®	Cp 75,150mg Gél 100,300,400, 600,800mg	Début progressif en moy 150mg/j (max 600mg) En 3 prises obtenu par pallier de 300mg tous les 3j En moy 1800mg/jour	Décharges paroxystiques Association possible AD et AC
IRS (inhibiteur recapture sérotonine)	Citalopram Paroxétine	SEROPRAM® DEROXAT®		60mg/jour 20 à 60mg/jour	
IRSNA (inhibiteur recapture sérotonine et noradrénaline)	Duloxétine Venlafaxine	CYMBALTA® EFFEXOR®	Gél 30,60mg Cp 25,50mg Gel LP 37,5mg	60mg à 120mg/j 37,5 à 75mg/j	Mieux tolérés que AD
Autres	Lidocaine TENS Tramadol Opioïde Analgésie interventionnelle	VERSATIS® TOPALGIC® MORPHINE®			

COANALGESIE : savoir y penser :

- **AINS** : métastases osseuses
- **Corticoïdes** : douleurs mixtes, douleurs de compression, métastases hépatiques, occlusion, métastases osseuses, hypercalcémie maligne, œdème...etc
- **Biphosphonates** : métastases osseuses pour diminuer le risque fracturaire.

Exemple : **Acide zoledronique ZOMETA®** 4mg toutes les 3 à 4 semaines en IV sur 15 mns.

- **Anxiolytiques** Exemples : **Alprazolam XANAX®**, **Cyamémazine TERCIAN®**, **LYSANXIA®**...etc

TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES : *Savoir y penser* :

La prise en charge de la douleur peut s'ouvrir à d'autres professionnels de santé ayant développé des techniques plus spécifiques comme l'aromathérapie, l'auriculothérapie, l'acuponcture, le réflexologie plantaire, l'hypnose... Ne pas oublier l'approche psychologique et/ou l'approche corporelle avec un kinésithérapeute qui peut proposer massage, effleurage, mobilisation douce, et relaxation.

DYSPNEE

Cette sensation d'inconfort respiratoire est très fréquente en fin de vie. Symptôme très anxiogène pour le patient, l'entourage et l'équipe soignante, c'est une des raisons de l'anticiper. Sa prise en charge repose sur des moyens non médicamenteux, un traitement étiologique chaque fois que possible et/ou un traitement symptomatique.

Moyens non médicamenteux : environnement aéré et reposant, position demi assise, passage fréquent des soignants pour réadapter le traitement si besoin, soins de bouche...etc

TRAITEMENT ETIOLOGIQUE :

aérosols de B2 mimétiques (**Salbutamol VENTOLINE®**) +/- anticholinergiques si encombrement bronchique, corticoïdes **SOLUMEDROL® 3mg/kg SC OU IV** si lymphangite, traitement antibiotique si infection, diurétiques si décompensation cardiaque...etc

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

► **MORPHINE** elle diminue la perception de la dyspnée par une action sur l'angoisse et sur les centres respiratoires.

Posologie :

- patient déjà sous morphine **augmentation de 30% de la dose journalière**
- patient naïf en morphine débiter de **2,5 à 5 mg toutes les 4 heures** en adaptant la posologie en fonction de l'efficacité et de la tolérance du traitement. Si per os impossible : **1 PO=1/2 SC=1/3 IV**
- comme pour la douleur, prescrire des interdoses supplémentaires si nécessaire de 1/6 à 1/10 de la dose de fond journalière.

► **BENZODIAZEPINE** demi vie courte de préférence, par exemple :

- PO : **Alprazolam XANAX®** 0,25 à 2 mg/jour ou **Lorazepam TEMESTA®** 1 à 2 mg jusqu'à 4/jour
- Voie intra rectale avec une canule ou avec une seringue: **diazépam VALIUM®** 10mg ampoule IV. Usage intéressant en toute fin de vie en cas d'inconfort ou d'agitation terminale sans voie d'abord.

- IV, SC, IM : Midazolam

HYPNOVEL® (hôpital) ampoule de 5 ml avec 1mg/ml

VERSED® (en ville) ampoule de 2mg/2ml

Posologie : 1 à 2,5 mg par bolus à renouveler si besoin puis relais au PSE à la dose de 0,5 mg/heure.

► OXYGENOTHERAPIE

La prescription d'une oxygénothérapie à domicile est indiquée pour la prise en charge d'une dyspnée chez des patients relevant de soins palliatifs ou en fin de vie dans le but de limiter les hospitalisations. Dans ce cadre, cette prescription rentre dans un dispositif médical spécifique (recommandations HAS avril 2012). Préférer les lunettes au masque. L'oxygène peut générer une gêne supérieure aux bénéfices attendus. **Ne la laisser en place que si elle apporte soulagement et confort au patient.** Le principal effet secondaire est la sécheresse des muqueuses. Cette sécheresse peut être diminuée par l'utilisation d'un humidificateur.

► ANTICHOLINERGIQUES

Prescrits en cas de sécrétions qui ne sont plus expectorées responsables d'un encombrement terminal ou râles agoniques.

- **SCOPOLAMINE cooper®** ampoule de 0,5mg en SC IV PO ½ à 1 ampoule toutes les 8 heures. Si réponse insuffisante augmenter la dose jusqu'à 9 ampoules maximum par jour.

Remarque : La scopolamine peut être mélangée dans la même seringue que la morphine et administrée en continue.

- **SCOPODERM patch®** 1 à 4 patch / 72 heures

Pour diminuer l'encombrement bronchique terminal :

- positionner le patient en ¾ coté droit et gauche alternativement (drainage postural passif)
- diminuer les apports hydriques en privilégiant les soins de bouche qui diminuent la sensation de soif contrairement à l'hydratation.

SOINS DE BOUCHE 10-11

Les patients en fin de vie sont concernés par de nombreuses pathologies buccales source d'inconfort et de douleurs. Les soins de bouche sont fondamentaux pour le confort du patient.

SOINS PREVENTIFS de la cavité buccale

Ils reposent sur une évaluation systématique de la cavité buccale et la réalisation des soins de base quotidiens :

- boissons régulières (eau fraîche, pétillante, jus de fruits)
- rinçage systématique de la bouche après chaque repas
- brossage des dents/ prothèses dentaires à l'aide d'une brosse à dents avec dentifrice
- nettoyage des muqueuses avec compresse humide ou bâtonnet

SOINS CURATIFS de la cavité buccale

Pour les soins de bouche spécifiques, il n'existe pas de consensus. Les protocoles diffèrent selon les établissements. Les recommandations suivantes ne sont pas exhaustives, le but étant de proposer des solutions thérapeutiques simples et efficaces.

BOUCHE SECHE fréquente+++

- **Alcalinisation** par des bains de bouche avec **BICARBONATE® 1,4%** après chaque repas
- **Humidification des muqueuses** avec un brumisateur ou salive artificielle type **ARTISIAL®** ou **BIOXTRA®**. On peut protéger les muqueuses avec **AEQUASYAL®** (*effet lubrifiant et protecteur de plus de 6 heures*) ou **GC Dry Mouth Gel®**
- **Protection des lèvres** par un corps gras type **Vaseline** contre indiquée si oxygénothérapie à cause du risque de brûlures sinon **ALOPLASTINE**
- En cas d'échec stimulation salivaire avec **SULFARLEM® 1 comprimé 3 fois par jour**

BOUCHE MYCOSIQUE

- **BICARBONATE 1,4%** après chaque repas. Faire tremper la brosse à dents dans le bicarbonate, et les appareils dentaires dans une solution de mycostatine
- Traitement médicamenteux systémique avec **TRIFLUCAN® 50 mg en suspension buvable 1 cuillère mesure une fois par jour pendant 7 à 14 jours**

Remarque Si clairance < 40 ml:mn 1 mesure tous les 2 jours et nombreuses interactions médicamenteuses du fluconazole (AVK, antidiabétiques, antiépileptiques...)

- Réserver **MYCOSTATINE® suspension buvable** en 2ème intention

BOUCHE ULCEREE

- Antalgiques pallier 1,2 ou 3
- **BICARBONATE® 1,4%** en BB après chaque repas
- Anesthésiques locaux avec **XYLOCAINE® visqueuse 2%** *1 cuillère a repartir dans la cavité buccale 3 fois par jour* à distance des repas pour éviter les fausses route
- Agents protecteurs des muqueuses **ULCAR® 2 sachets dans un verre d'eau en BB 4 fois par jour ou gargarisme puis avaler**
- En cas d'échec anti inflammatoire **SOLUPRED® 5 mg 1 comprimé dans un verre d'eau en BB 2 fois par jour**
- Pour les mucites sévères proposer **SOLUMEDROL® 120mg + XYLOCAINE® 2%** 1 flacon dans 500ml de **BICARBONATE® 1,4%** en BB à renouveler aussi souvent que nécessaire

BOUCHE MALODORANTE

- **BICARBONATE® 1,4%** après chaque repas
- En 1ere intention **FLAGYL® suspension buvable 1 mesure diluée en BB 1 fois /j pendant 7 jrs ou en application locale**
- En cas d'échec, traitement per os **FLAGYL® comprimé 400 mg 2 fois par jour pendant 7 jrs**

¹⁰ Principales thérapeutiques en soins palliatifs 4^{ème} édition, SAURAMPS MEDICAL, 2009

¹¹ Les soins de bouche: de l'hygiène de base aux soins spécifiques » Médecine palliative (2011) 10, 82-88

ALIMENTATION 12-13.14

Il est important de privilégier le plus souvent possible une alimentation orale voire une alimentation plaisir en phase terminale.

Quelques conseils utiles pour les patients :

- **Boire régulièrement** (soupe, jus, tisane, apéritifs...)
 - Réalisation des soins à distance des repas
 - **Stimuler l'appétit** (avec une promenade, un jus ou apéritif avant repas...)
 - **Fractionner les repas** en préférant de petites quantités plus rapprochées
 - **Enrichir l'alimentation** en calories et protéines (rajouter aux plats lait, fromage, beurre, crème fraîche, blancs d'œufs, mayonnaise...etc)
 - Prescrire des **compléments nutritionnels**. Remboursables (LPPR) au nombre de 1 à 2 compléments par jour en dehors des repas ou à la place de certains plats. Penser à varier la présentation, texture et les arômes.
- Encourager la convivialité autour des repas.

Éléments cliniques et biologiques d'évaluation nutritionnelle ¹¹

	Bon état nutritionnel	Dénutrition modérée	Dénutrition sévère
Poids	Poids stable	Perte de poids >10% en moins de 6 mois	Perte de poids constante
IMC = poids (kg)/ (taille (mètre)) ²	> 21	> 21	< 19
Albumine	> 35	35<	25<

L'indication d'une alimentation artificielle entérale (SNG, gastrostomie) ou parentérale (type HAP) se discute dans certaines situations (passer un cap aigu, espérance de vie supérieure à 3 mois...) avec les équipes hospitalières.

Stade OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

OMS 0 Activité normale

OMS 1 Symptômes mais presque totalement ambulatoire

OMS 2 Parfois alité, mais besoin d'être alité moins de 50% de la journée

OMS 3 Besoin d'être alité plus de 50% de la journée

OMS 4 Incapable de se lever

OMS 5 Mort

¹² Conseils diététiques pour les patients et leur entourage. EMSP du CHU de Grenoble, année 2013.

¹³ SFAP « Il va mourir de faim, il va mourir de soif : Que répondre ? »

<http://www.sfap.org/pdf/III-G7d-pdf.pdf>

¹⁴ Questions de Nutrition Clinique de l'adulte à l'usage de l'Interne et du Praticien. SFNEP. Edition 2012. www.sfnep.org

NAUSEES, VOMISSEMENTS

Symptômes fréquemment rencontrés en soins palliatifs.

PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE :

Lister les médicaments pouvant induire des nausées, revoir leur prescription
 Fractionner les repas, et privilégier l'alimentation plaisir
 Supprimer les odeurs fortes
 Réaliser des soins de bouches...

PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE (liste non exhaustive)

	Antagoniste de la Dopamine	Antagoniste 5HT3	Benzodiazépine
DCI	Métoclopramide Métopimazine Halopéridol Chlopromazine	Ondansétron	Alprazolam
Nom commercial Posologie Administration	<p>PRIMPERAN® Cp 10mg, gouttes, suppo 20mg PO SC IV IM Poso :10 à 60 mg/j</p> <p>VOGALENE® Cp, suppo</p> <p>HALDOL® Cp 1mg, gouttes Poso :1mg/6h SC,IM= 1/2dose orale</p> <p>LARGACTIL® Cp 25,100mg, gouttes,amp25mg Poso :25 à300mg/j SC,IM,IV</p>	<p>ZOPHREN® Cp 4,8 mg Suppo 16mg Film orodispersible 4,8 mg</p> <p>Cp, film ou IV 8mg /12h suppo : 16mg/24h</p>	XANAX® Cp 0,25,05mg
Efficacité	sur stimulation zone gâchette par produits chimiques (morphine...)	sur stimulations vagales (occlusion, neuropathies...)	Sur anxiété

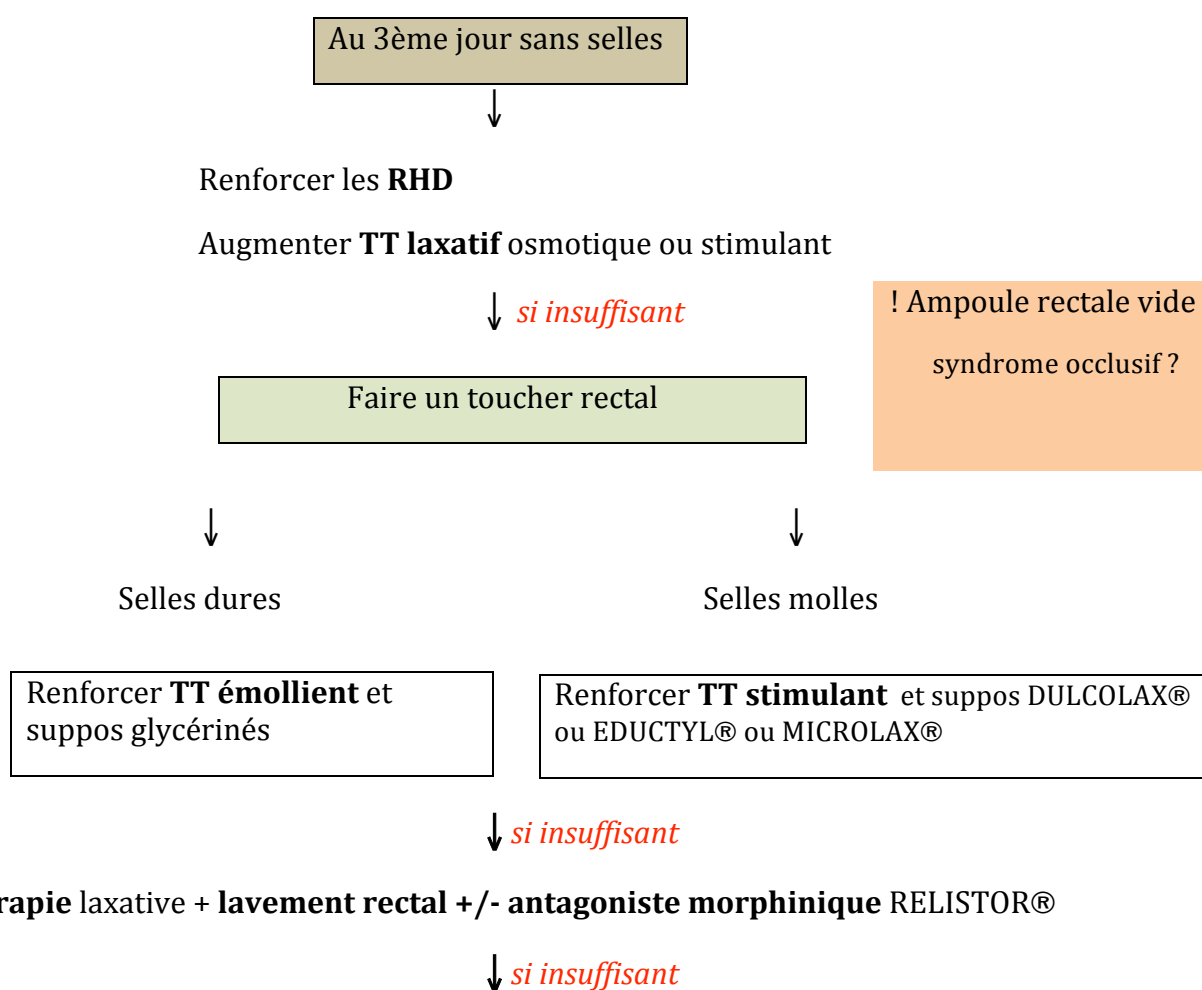
CONSTIPATION ¹⁵

DEMARCHE PREVENTIVE

Dès le début du traitement par opioïdes, il faut une **prescription systématique d'un laxatif** et non à la demande, avec ajustement du traitement selon le transit. Une hydratation suffisante, un régime riche en fibres et en graisses, ainsi qu'un minimum d'activités physiques (mise au fauteuil, verticalisation...) sont indispensables.

DEMARCHE CURATIVE

Arbre décisionnel :



Bithérapie laxative ou peristaltogènes ou préparation colique ou grand lavement

¹⁵ Références : Guides pratiques réalisés par la SFAP sur la constipation :

- <http://www.sfap.org/pdf/VIII-I2a-pdf.pdf> (Règles hygiéno-diététiques)
- <http://www.sfap.org/pdf/VIII-I2b-pdf.pdf> (prescription médicamenteuse)

Recommandations pour la prévention et le traitement de la constipation induite par les opioïdes chez le patient relevant de soins palliatifs. Médecine palliative, vol.8 Janvier 2009.

PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE (liste non exhaustive)

V O I E O R A L E	Laxatifs osmotiques (émollients) Effet retardé de 48h			
	Remb .35%	Lactulose	DUPHALAC® sol buv	1 à 6 sachets/j
		Lactilol	IMPORTAL® sol buv	2 sachets /j en 1 prise
		Macrogol	MOVICOL® FORLAX® TRANSIPEG® sol buv	1 à 2 sachets/j en 1 prise
	Laxatifs stimulants Effet 12h après la prise			
	Non remb. NR	Anthraceniques	SENOKOT® cp X Prep® sachet	1 à 2 cp le soir 1 sachet le soir
Bisacodyl		DULCOLAX® cp	1 à 2 cp le soir	
Docusate		JAMYLENE® cp	2 à 6 cp/j	
Colopeg				
Laxatifs péristaltogènes En 2^{ème} intention après avoir éliminé un obstacle				
Remb .65%	Prostigmine	Mestinon® cp Neostigmine® cp	1 à 3cp/j 1 à 4cp/j	
V O I E R E C T A L E	Laxatifs stimulants Effet rapide, installation adaptée			
	NR	Bisacodyl	DULCOLAX® suppo	1 suppo 30mn avant
	65%	Lavement	NORMACOL® MICROLAX®	1 dose 15 à 30mn avant
	Autres			
		EDUCTYL® suppo	1 suppo 5 minutes avant exonération	

OCCLUSION ¹⁶

Il faut différencier une occlusion fonctionnelle (constipation, fécalome, iléus..) d'une occlusion organique (masse tumorale, carcinose péritonéale..). Dans ce 2^{ème} cas, la question d'une chirurgie palliative de décharge se pose . Si l'occlusion est inopérable, le traitement est médicamenteux.

Son but n'est pas obligatoirement de lever l'occlusion (reprise transit) mais d'arriver à contrôler les symptômes (douleurs et vomissements) en fonction de la tolérance et du confort du patient.

TRAITEMENT INITIAL (AVEC OU SANS SNG)

- Antalgique : palier 1,2 ou 3, ne pas hésiter à utiliser de la morphine
- Antiémétique PO,SC
- Antisécrétoire
SCOBUREN® SC ;IV 20 à 60mg/8h (moins d'effets indésirables que scopolamine)
OU **SCOPOLAMINE® SC,IV 0,25 à 0,5mg/8h**
- Corticoïdes **SOLUMEDROL® IV,SC** (possible en 2 points différents) **1 à 4mg/kg/j +/- IPP** (mopral, inipomp...)

APRES 3 JOURS DE TRAITEMENT

Si levée de l'occlusion, arrêt des corticoïdes et anti sécrétoires.

Si persistance douleur et/ou vomissements, indication d'hospitalisation pour introduction d'un analogue de la somatostatine. **L'octréotide SANDOSTATINE®LI** peut être utilisé pendant 3 jours pour diminuer les vomissements rebelles. En cas de succès, un relai par une forme LP est possible soit par **SANDOSTATINE LP 30 mg** (tous les 28 jours en IM) ou **lanréotide SOMATULINE LP®30 mg** hors AMM (tous les 10 jours en IM) à délivrance hospitalière.

Parallèlement, en fonction de l'état clinique du patient, proposer soins de bouche avec jus, café, bière...voire petites portions d'aliments fluides et pauvres en fibres.

¹⁶ Traitement symptomatique de l'occlusion intestinale sur carcinose péritonéale : Recommandations de bonnes pratiques cliniques. Groupe de travail pluri professionnel et membres de différentes sociétés savantes. Médecine palliative, vol.11 octobre 2012.

VOIE SOUS CUTANEE ¹⁷

Hypodermoclyse : perfusion de soluté ou médicaments par voie sous cutanée lorsque la voie IV n'est pas indispensable ou impossible (capital veineux altéré chez un patient avec troubles de la déglutition)

Avantages :

- évite les piqûres, confort du patient qui peut garder cette voie jusqu'à 7 jours maximum.
- facilité d'accès, sites d'injection variés (abdomen au niveau des lombes, éviter en péri ombilical, le bas ventre chez les hommes, cuisses si le patient ne marche plus, dos si le patient est agité...)
- diminution risque infectieux et de thrombose.
- alternative à l'hospitalisation, peut être utilisée à domicile ou en institution.

Inconvénients :

- volume perfusable limité 1000ml /j par site d'injection en continu
- risque d'œdème qui diminue avec arrêt de la perfusion

Précautions :

- prudence avec patients sous AVK ou thrombopénie
- utiliser soluté isotonique avec électrolytes type NaCl0,9% ou glucosé + 2g de NaCl PAS de Kcl risque de nécrose au niveau du site d'injection

Pose :

- patch EMLA 1 heure avant la pose
- antiseptie cutanée
- cathéter veineux 24 ou 22. PAS d'épicrânienne à ailettes afin de ne pas laisser d'aiguille en place
- faire un pli cutané et insérer l'aiguille. Si douleur ou saignement au point de ponction (atteinte muscle ou vaisseaux possible) changer le site de ponction.

Administration :

- continue : sur 24h. utiliser une pousse seringue électrique (PSE) ou pompe à perfusion (cf prestataires en ville). Calcul vitesse et débit par l'infirmière en fonction posologie souhaitée par heure ou nombre d'ampoule par jour.
- discontinue : cf tableau.

¹⁷ Principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée. 4^{ème} édition.

Principaux médicaments administrés par voie sous cutanée

THERAPEUTIQUE	Continu possible	Discontinu uniquement
Antalgiques	MORPHINE® (chlorhydrate de morphine) OXYNORM® (chlorydrate d'oxycodone) TEMGESIC® (buprenorphine) NUBAIN® (nalbuphine) TOPALGIC® (tramadol) (à l'abri de la lumière) CONTRAMAL® (tramadol) ZAMUDOL® ACUPAN® (nefopam) KETAMINE® (kétamine) KETALAR® (kétamine) FENTANYL® SUFENTANIL®	
AINS	VOLTARENE® (didofenac)	PROFENID® (kétoprofène)
Antiémétiques	PRIMPERAN®* (metoclopramide) HALDOL® (lactate d'halopéridol, amp 5mg) LARGACTIL® (chlorpromazine) ZOPHREN® (ondansetron)	KYTRIL®
Antispasmodique et/ou antisécrétoires	SCOPOLAMINE® (hyoscine hyobromide) SCOBUREN® (butylbromure de scopolamine) SANDOSTATINE® LI (octréotide)	SPASFON® (phloroglucinol) ATROPINE® (atropine)
Corticoïdes		SOLUMEDROL® (méthylprednisolone) DEXAMETHASONE® (dexaméthasone)
Antiulcéreux		MOPRAL® (omeprazole) RANIPLEX® (ranitidine) AZANTAC® (ranitidine)
Antibiotiques		CLAMOXYL® (ampicilline) ROCEPHINE®** (ceftriaxone) AMIKLIN® (amikacine) TARGOCIDE® (teicoplamine) NEBCINE® (tobramycine) GENTALLINE® (gentamicine)

Antidote morphiniques	NARCAN®	
Diurétiques		LASILIX® (furosémide)
Stimulant du transit	PROSTIGMINE® (prostigmine) RELISTOR®	
Antihistaminiques		POLARAMINE® (dexchlorphéniramine) ATARAX® (hydroxyzine)
Anxiolytiques et/ou anticonvulsivants	HYPNOVEL® (midazolam) RIVOTRIL® (clonazepam)	TRANXENE® (clorazepate) GARDENAL® (phénobarbital) VALIUM® (diazepam)
Neuroleptiques	NOZINAN® (levomepromazine) HALDOL® (lactate d'haloperidol, amp 5mg) LARGACTIL® (ondansetron)	TERCIAN® (cyamémazine) LOXAPAC® (loxapine) TIAPRIDAL® (tiapride)
Antidépresseurs	LAROXYL® (amitriptyline)	

(d'après procédure SPALL-PRO 005 v2 CHU Grenoble 2013)

* Primperan® uniquement avec NaCl 9%.

** Rocephine® 1g dans 5ml Xylocaïne® 1% en sous-cutané direct (*Réchauffer la Xylocaïne à 37° diminue la douleur de son injection*).

AGITATION

L'agitation est un symptôme fréquent en fin de vie. Le caractère anxiogène pour l'entourage et la mise en danger du patient peuvent ainsi compromettre le maintien à domicile du patient qui au départ était désiré. Sa prévention et son traitement constitue une urgence pour le médecin.

MESURES GENERALES

- Assurer un environnement calme et rassurant, éviter la contention physique
- Communiquer avec le patient et son entourage : réconfort , écoute active

TRAITEMENT ETIOLOGIQUE EN 1ERE INTENTION

La réponse à une agitation n'est pas d'emblée médicamenteuse.

Il faut éliminer une cause iatrogénique (opiacés, corticoïde, sevrage benzodiazépines...) ou une cause organique (douleur non contrôlée, signes neurologiques, infection, globe vésical ou fécalome palpation abdominale et TR, troubles métaboliques avec contrôle glycémie et ionogramme...)

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

• ANXIETE= BENZODIAZEPINE (BZD)

- Benzodiazépine à 1/2 vie courte

Ex : **TEMESTA®** cp 1mg Posologie : 2 à 7mg/jour ou **XANAX®** cp 0,25/0,5mg PO 3 fois par jour

- OU **ATARAX®** cp 25/100 mg, sirop, ampoule 100mg

Posologie : 25 à 300 mg/jour en 3 prises PO, SC, IV.

• AGITATION avec syndrome confusionnel= NEUROLEPTIQUE (NLP)

- Ex : **HALDOL®** cp 1/5 mg, sol. buvable (10 gouttes=1 mg), ampoule 5 mg

Posologie : 1 à 30 mg/jour en continue ou en 3 prises PO,SC, IM.

- Ex : **RISPERDAL®** cp 1/2/4 mg, sol. buvable (1mg par ml)

Posologie : 0,25 à 4 mg/jour en 2 prises PO (personne âgée++)

- Ex : **TERCIAN®** cp 25/100mg, sol. buvable (1 goutte=1mg), ampoule 50

Posologie : 25 à 300mg/jour en continue ou en 3 prises PO, SC, IV.

• AGITATION avec agressivité = NEUROLEPTIQUE

- Ex : **TIAPRIDAL®** cp 100mg, sol. buvable (1goutte=5mg), ampoule 100mg

Posologie : 50 à 100 mg/jour PO, IM, IV

- Ex : **LOXAPAC®** cp 25/50/100, sol. buvable (1goutte=1mg ou 1ml=25mg), ampoule 50 mg

Posologie : 25 à 50 mg/12 heures PO ou IM

Il est possible d'associer les BZD et les NLP en cas d'anxiété associée à un syndrome confusionnel.

Si échec on peut utiliser le **MIDAZOLAM®** à visée anxiolytique.

Posologie : 0,25 à 0,5 mg/heure en continu en SC,IV avec possibilité de bolus de 1 mg.

A défaut de midazolam, le diazépam par voie intrarectale peut être une alternative en toute fin de vie.

En cas d'échec, l'agitation peut devenir un symptôme réfractaire et ainsi entrer dans les indications d'une sédation pour détresse d'après la SFAP.

SEDATION 18

Définition selon la SFAP :

« La sédation est la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté. La sédation (...) peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue. »

Indications

Elles dépendent de la phase d'évolution de la maladie. En phase « terminale » : symptômes réfractaires et complications aiguës à risque vital immédiat. En phase « palliative » : une sédation transitoire ou intermittente peut être indiquée devant un symptôme réfractaire.

SEDATION A DOMICILE EN PRATIQUE

CONDITIONS NECESSAIRES

- Equipe compétente (expérience antérieures avec sédation), sinon avoir recours à une équipe ressource (EMSP, USP, HAD..)
- Disponibilité du médecin et des soignants pour visites régulières à domicile et surveillance, et joignables à tout moment.
- Disponibilité du médicament

INFORMATION

- **Informer** le patient et son entourage
- Recueillir le consentement du patient Si cela est impossible, se référer aux directives anticipées, à la personne de confiance ou à défaut à ses proches
- Informer l'équipe soignante et s'assurer de sa compréhension

PRISE DE DECISION

Elle doit être collégiale et multidisciplinaire avec si possible l'avis d'un médecin compétent en soins palliatifs. Les arguments développés lors de la prise de décision doivent être inscrits dans le dossier du patient. La décision d'une sédation pour chaque patient doit être anticipée autant que possible.

PRESCRIPTION

- **Prescription** anticipée si possible :

Midazolam HYPNOVEL® : disponible uniquement via l'HAD ou une pharmacie hospitalière ou **VERSED®** : disponible en ville mais non remboursée.

- **Voie** : SC ou IV. Diluer 5 mg de MIDAZOLAM dans 10cc

- **Induction** :

IV : injecter cc par cc soit ½ mg par ½ mg jusqu'à l'occlusion des paupières.

SC : 2,5 à 5 mg pour un patient 50 kg.

La dose d'induction est la dose injectée pour obtenir un score de Rudkin de 4. Elle doit être notée dans le dossier.

- **Entretien** : perfusion continue avec dose horaire = 50% de la dose d'induction ou renouveler des injections discontinues en fonction du résultat clinique.

APPLICATION DE LA PRESCRIPTION ANTICIPEE

- En cas de risque vital : l'infirmière applique la prescription anticipée de sédation puis appelle le médecin qui doit se déplacer.

- Dans les autres cas : l'infirmière appelle le médecin d'abord qui vérifie l'indication avant d'appliquer la prescription.

SURVEILLANCE

- **Evaluation et surveillance** pour permettre si besoin une adaptation de posologie surtout la 1^{ère} heure puis 2 fois par jour au minimum.

- La sédation nécessite une présence continue (proches, soignants..)

Il est important d'insister sur la nécessité d'anticipation, afin de réaliser une sédation dans de bonnes conditions, surtout à domicile où les modalités ci dessus peuvent être difficiles à appliquer.

Les soins de confort et l'accompagnement des proches doivent se poursuivre pendant la sédation.

Score de Rudkin

1 Patient orienté

2 Patient somnolent

3 Patient avec les yeux fermés répondant à l'appel

4 Patient avec les yeux fermés répondant à une stimulation tactile légère

5 Patient ne répondant à aucune stimulation tactile légère

¹⁸ SFAP. Recommandations de bonne pratique : Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes

<http://www.sfap.org/pdf/Sedation-Phase-terminale.pdf>

Sédation en médecine palliative chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. 2009

Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes. 2009

ASPECTS SOCIAUX

Certaines personnes en soins palliatifs ne peuvent pas reprendre d'activité professionnelle de façon transitoire (importance du mi temps thérapeutique) voire définitive. Outre la demande de prise en charge à 100% auprès des organismes sociaux de leur maladie, et les indemnités journalières (IJ) versées dans le cadre d'un arrêt maladie prolongé, il existe d'autres aides financières.

La *Maison Départementale Des Personnes Handicapées (MDPH)* a pour objet d'offrir un accès unique aux droits et aux prestations des personnes handicapées et des personnes âgées. Elle est compétente pour instruire l'ensemble des demandes d'aides et de prestations mises en place au bénéfice des personnes handicapées et des personnes âgées.

- **L'Allocation Adulte Handicapés (AAH)** concerne les plus de 20 ans et moins de 60 ans.

- **La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)** est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Il est possible d'en bénéficier à domicile, ou en établissement. Cette prestation couvre les aides humaines et aides matérielles.

- **L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** est sous la responsabilité des Conseils Généraux. Ce sont des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. L'évaluation de la dépendance est réalisée par une équipe médico-sociale départementale appliquant une grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) Il s'agit d'une allocation mensuelle servant à prendre en charge les différents services d'aides à domicile. Lors de l'entrée en établissement elle continue à être versée.

Les aides plus spécifiques aux situations de soins palliatifs à domicile sont :

- **Le congé de solidarité familiale:** Tout salarié dont un ascendant, descendant ou une personne partageant le domicile d'un patient en soins palliatifs a le droit de bénéficier d'un congé. Ce congé a une durée maximale de trois mois, renouvelable une fois (soit 6 mois total). Le salarié doit envoyer à son employeur une lettre recommandée avec demande d'accusé de réception 15 jours avant le début du congé ainsi qu'un certificat médical attestant de la situation. Ce congé ne peut être refusé, mais il est non indemnisé.

- **L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie:** Tout salarié du privé, du public et les travailleurs indépendants accompagnant à domicile un proche en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause pourra bénéficier de cette allocation. Il faudra être un ascendant, descendant, un frère, une sœur ou une personne partageant le domicile du patient. Montant : 53,17 € par jour pendant 21 jours financés par l'assurance maladie. Ne sont pas concernés les personnes qui accompagnent un proche en fin de vie en milieu hospitalier. Il faut au préalable être bénéficiaire d'un congé de solidarité familiale.

RESSOURCES EN SOINS PALLIATIFS

GRENOBLE

USP¹ CHU Grenoble

04 76 76 61 27/ 04 76 76 61 31

EMSP² CHU Grenoble

04 76 76 56 67

EMASP Groupe Hospitalier Mutualiste GHM

04 76 70 89 45

HAD³ CHU Grenoble

04 76 76 55 55

Plateforme Coordination proximité Santé CPS (avec équipe thématique en soins palliatifs)

04 76 24 90 38

VOIRON

EMSP des Hôpitaux du Voironnais

04 76 67 14 49

HAD du Voironnais

04 76 06 56 50

BOURGOIN

EMSP CH de Bourgoin Jallieu

04 69 15 71 83

HAD CH de Bourgoin Jallieu (Lyon)

04 72 27 23 60

VIENNE

EMSP CH de Vienne

04 74 31 30 70

HAD CH de Vienne

04 37 02 10 90

PERMANENCE TELEPHONIQUE DE SOINS PALLIATIFS EN ISERE

De 18h à 8h tous les soirs de semaine, samedi à partir de 14h, dimanche et jours fériés 24h/24h

0800 806 212

¹USP Unité de Soins Palliatifs ²EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs ³HAD Hospitalisation A Domicile