

**Guide d'aide à la prise en charge
des patients en soins palliatifs
à domicile
destiné aux médecins généralistes**



**Aurélie Susagna
Pauline Cluzeau-Duchaussoy**

L'élaboration de ce guide est l'objet d'un travail de thèse d'exercice en médecine générale (Université Lille 2).

Pour prendre connaissance des références et des méthodes qui ont permis son élaboration, vous pouvez consulter l'intégralité de la thèse sur internet.

Version 1 – Février 2012

Auteurs : Aurélie SUSAGNA et Pauline CLUZEAU-DUCHAUSSOY

SOMMAIRE

INDEX DES ABBREVIATIONS	4
DEFINITION ET LOI LEONETTI	5
REPERTOIRE	6
Quelles sont les structures existantes? Quels sont leurs rôles?	6
Annuaire – Lille Métropole	8
Réseau de soins palliatifs	8
Equipe mobile soins palliatifs	8
Hospitalisation à domicile.....	9
Lits identifiés de soins palliatifs	9
Unité de soins palliatifs.....	10
Associations de bénévoles	10
SYNTHESES PRATIQUES SUR DES SYMPTOMES	11
Douleur.....	11
Dyspnée	16
Encombrement	17
Nausées/Vomissements	18
Syndrome Occlusif.....	19
Agitation.....	20
Hémorragie	22
Sédation	23

INDEX DES ABBREVIATIONS

AR :	A Renouveler
BPCO :	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CAT :	Conduite A Tenir
CIVD :	Coagulation Intra Vasculaire Disséminée
Cp :	Comprimé
ECPA :	Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée
EMSP :	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EVA :	Echelle Visuelle Analogique
EVN :	Echelle Visuelle Numérique
HAD :	Hospitalisation A Domicile
IM :	Intra Musculaire
Inj :	Injection
ISRNA :	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la serotonine et de la NorAdrenaline
IV :	Intra-Veineux
LI :	Libération Immédiate
LISP :	Lits Identifiés de Soins Palliatifs
LP :	Libération Prolongée
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCA :	Pompe Analgésique autoContrôlée
PO :	Per Os
Poso :	Posologie
PSE :	Pousse Seringue Electrique
Rq :	Remarque
Sérum phy :	Sérum physiologique
SFAP :	Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
TENS :	Stimulation électrique transcutanée
TTT :	Traitement
USP :	Unité de Soins Palliatifs
 :	Attention

Définition selon la SFAP :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. »

Rappel sur la loi Leonetti :

La loi Leonetti, relative aux droits des malades et à la fin de vie, inscrit un renforcement des droits des personnes malades. Les dispositions principales de cette loi sont les suivantes :

- **Réaffirmation de l'interdiction de l'euthanasie.**
- **Interdiction de toute obstination déraisonnable :** un devoir pour le professionnel de santé. C'est le principe du non-acharnement thérapeutique. La loi autorise ainsi l'équipe médicale à suspendre ou à ne pas entreprendre des traitements jugés disproportionnés. La décision doit être guidée dans l'intérêt du patient et le respect de sa dignité. Dans ce contexte, le non-abandon et l'accès aux soins palliatifs doivent être garantis au patient.
- **Renforcement de l'expression de la volonté du patient :** un droit pour le patient. La loi implique le patient dans la décision par le biais du consentement aux soins. Ce consentement repose sur une information claire, loyale, appropriée au malade et se base sur le rapport bénéfice/risque des investigations et des traitements. La loi reconnaît au malade le droit d'opposer son refus.

Si le patient est inconscient ou en incapacité de décider pour lui-même, qu'il soit ou non en fin de vie, la procédure de limitation ou d'arrêt du traitement doit satisfaire trois exigences : le respect de la volonté individuelle du malade, la concertation et la collégialité médicale.

Pour respecter la volonté individuelle du malade, sont consultées **la personne de confiance ou les directives anticipées.**

Le malade peut rédiger des directives anticipées pour 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. Elles doivent avoir été rédigées depuis moins de trois ans.

L'accès aux soins palliatifs doit être garanti au patient :

Tout patient à domicile doit pouvoir accéder à des soins palliatifs. Pour ce faire, le médecin généraliste peut faire appel, si nécessaire, à différentes structures. Quand une hospitalisation est indiquée, le premier recours n'est pas forcément une USP. En effet, un service d'hospitalisation ne peut récuser l'admission d'un patient sur le seul motif d'une prise en charge palliative.

Réseau de soins palliatifs

Le réseau est doté d'une équipe opérationnelle de coordination, composée de médecins et d'infirmières, qui ne réalisent aucun acte de soins mais qui interviennent, au lieu de vie du patient, afin d'assurer la meilleure orientation du patient et de promouvoir des soins de proximité de qualité.

Son rôle : favoriser la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des soins, à travers la mobilisation et la mise en relation des ressources sanitaires et sociales, sans prodiguer d'actes de soin.

Son domaine d'action : chaque réseau intervient sur un territoire géographique donné au domicile du patient (qu'il soit privé ou qu'il s'agisse d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées).

En pratique : tout patient peut être inclus au réseau après accord du médecin coordonnateur du réseau, consentement du patient ou de ses proches, concertation avec le médecin traitant. L'équipe opérationnelle de coordination évalue l'ensemble des besoins de l'entourage de la personne malade au travers d'un plan personnalisé d'intervention mais c'est le patient qui choisit librement l'équipe de soignants du domicile.

En cas de nécessité d'hospitalisation, le réseau a pour vocation de faciliter les hospitalisations sans passage aux urgences.

Le réseau facilite également les démarches permettant au malade et aux aidants de bénéficier d'aides professionnelles, financières et sociales et d'obtenir fournitures et matériel.

Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)

L'équipe mobile de soins palliatifs est une équipe multidisciplinaire et pluriprofessionnelle qui se déplace au lit du malade et/ou auprès des soignants.

Son rôle : dispenser des conseils dans la prise en charge, apporter un soutien et accompagner les soignants et l'entourage, amener une concertation (discussion éthique, aide à la décision ou à la réflexion). Elle ne pratique pas d'actes de soins, ceux-ci sont de la responsabilité de l'équipe qui prend en charge le patient.

Son domaine d'action : une EMSP peut intervenir en intra ou en inter hospitalier, mais également faire partie d'un réseau et/ou intervenir à domicile (après signature de convention). A noter que le domicile peut être le domicile privé du patient ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

En pratique : tout professionnel de santé (donc le médecin traitant), le malade lui-même ou un de ses proches, peut faire appel à une EMSP. Sa réponse peut être orale ou écrite après analyse de la situation. Elle peut se déplacer si nécessaire, auprès des soignants et/ou au lit du patient.

Hospitalisation A Domicile (HAD)

L'HAD peut-être prescrite lorsque le patient nécessite des soins complexes ou d'une technicité spécifique. Elle se justifie lorsque la charge en soins est importante.

En tant qu'établissement de santé, les structures d'HAD sont soumises à l'obligation d'assurer des soins palliatifs.

Son rôle : l'HAD a pour fonction le retour ou le maintien à domicile du patient en fin de vie.

Son domaine d'action : le domicile du patient, qu'il s'agisse d'un domicile privé ou d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Chaque HAD couvre une zone géographique donnée.

En pratique : l'HAD peut être prescrite par le médecin traitant ou par le médecin hospitalier.

L'accord du médecin traitant est dans tous les cas nécessaire (refus possible). Un projet thérapeutique individuel au patient, qui formalise l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux que son état nécessite, est élaboré conjointement par le médecin coordonnateur de l'HAD, le médecin prescripteur, et le médecin traitant en lien avec l'équipe du service d'HAD et les autres intervenants du domicile. Ces soins peuvent être assurés soit par la structure seule, soit avec la participation d'intervenants libéraux.

Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP)

Les lits identifiés de soins palliatifs sont des lits situés en dehors des unités de soins palliatifs, dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents.

Quels patients peuvent être hospitalisés dans ces LISP ? :

- Des patients habituellement suivis dans le service, relevant de soins palliatifs
- Des patients non suivis habituellement dans le service mais relevant du secteur géographique permettant ainsi d'assurer une activité de proximité, quelquefois via des admissions directes permettant ainsi d'éviter un passage du patient par les urgences.

Unités de Soins Palliatifs (USP)

Les USP sont des unités d'hospitalisation spécialisées, totalement dédiées à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement assurée par une équipe pluridisciplinaire. Elles sont un lieu d'hospitalisation mais aussi un lieu de vie, qui permet l'accueil des familles.

Le médecin traitant peut faire admettre un patient en USP pour :

- Les patients déjà connus de l'USP, présentant une décompensation clinique ou des symptômes nécessitant une réévaluation et/ou une réadaptation des traitements.
- Les patients présentant une détérioration majeure de leur qualité de vie personnelle ou familiale liée à l'intensité ou l'instabilité des symptômes, à une souffrance morale intense, à une situation socio-familiale rendant le maintien difficile dans leur lieu de vie.
- Une hospitalisation de répit : repos des accompagnants, repos du patient, nécessité de recul de la part de l'équipe du lieu de vie.

Le médecin généraliste peut également avoir recours à une USP pour des conseils sur la prise en charge à domicile (questions techniques, pratiques, éthiques, etc.).

Associations de bénévoles

Les associations d'accompagnement en soins palliatifs sont constituées par un ensemble de personnes bénévoles qui tentent d'améliorer les conditions de fin de vie.

Les bénévoles peuvent apporter leur concours à l'équipe de soins, mais ne doivent pas interférer avec la pratique des soins et doivent respecter les opinions philosophiques ou religieuses de la personne.

Leur intervention nécessite l'accord de la personne ou de ses proches. Ils sont soumis à une obligation de discrétion et de confidentialité.

Ils proposent une présence, une écoute auprès du patient ou de son entourage. Ils interviennent quel que soit le lieu de vie du patient : structure ou domicile.

Réseau de soins palliatifs	
ARMENTIERES	PHALEMPIN
<p>TREFLES - Réseau de SP Flandre Lys (Pour les cantons d'Hazebrouck Nord, Sud et de Steenvoorde) 36 avenue Breuvar 59280 Armentières ☎ 03 20 38 83 06 ☎ 03 20 38 83 07</p>	<p>EOLLIS 7 rue Jean Baptiste Lebas 59133 Phalempin ✉ eollis@wanadoo.fr ☎ 03 20 90 01 01 ☎ 03 20 90 39 06</p>
LOMME	TOURCOING
<p>Réseau de maintien à domicile ROSALIE rue du grand but 59462 Lomme Cedex ✉ rosalie@ghicl.net ☎ 03 20 22 38 92 ☎ 03 20 22 38 99</p>	<p>Réseau SANTE DIAMANT 15 rue de la Bienfaisance 59200 Tourcoing ✉ reseau.diamant@wanadoo.fr ☎ 03 20 70 14 72 ☎ 03 20 70 74 87</p>

Equipe mobile de soins palliatifs		
LILLE	ROUBAIX	
<p>CHU LILLE (Hôpital Calmette) 2 avenue Oscar Lambret 59000 Lille ☎ 03 20 44 46 52 ☎ 03 20 44 60 47</p>	<p>CH de ROUBAIX Pavillon Lagache 31 rue de Barbieux 59100 Roubaix ☎ 03 20 99 32 03 ☎ 03 20 99 15 80</p>	
<p>CH SAINT-VINCENT-DE-PAUL boulevard de Belfort BP 387 59020 Lille Cedex ☎ 03 20 87 48 65 ou 03 20 87 43 46</p>	<th>SECLIN</th>	SECLIN
<p>CENTRE OSCAR LAMBRET 3 rue Frédéric Combemale – BP 307 59020 Lille Cedex ☎ 03 20 29 59 09 ☎ 03 20 29 55 84</p>	<p>CH de SECLIN Hôpital général rue d'Apolda 59113 Seclin ☎ 03 20 62 37 90</p>	
<th>LOMME</th> <th>WASQUEHAL</th>	LOMME	WASQUEHAL
<p>MAISON MEDICALE JEAN XXIII 3 place Erasme de Rotterdam CS 50903 59465 Lomme Cedex ☎ 03 20 88 81 89 ☎ 03 20 88 81 56</p>	<p>Centre de Gériatrie LE MOLINEL CH Intercommunal de Wasquehal 2 rue Salvador Allende 59444 Wasquehal Cedex ☎ 03 20 89 65 60 ☎ 03 20 89 65 68</p>	

Hospitalisation à domicile	
LILLE	ROUBAIX
<p>HOPIDOM (CHU) rue du Professeur Laguesse Ex USNB - 1er étage 59037 Lille Cedex ☎ 03 20 44 59 55 ☎ 03 20 44 59 59 🌐 www.chru-lille.fr/medecine-ville/hospitalisation-domicile/index.html</p> <p><i>Couvre 146 communes, 20 km autour de Lille</i></p>	<p>SERVICE HAD - ANAIS Site Clinique Saint-Jean 34 rue Saint-Jean 59100 Roubaix ☎ 03 20 11 50 11 ☎ 03 20 11 51 44 🌐 www.groupehpm.com/hospitalisation-a-domicile-nord/</p> <p><i>Communes couvertes 20 à 25 kms autour de Roubaix : Bouvines, Camphin en Pévèle, Cysoing, Lesquin, Sainghin en Mélantois, Vendeville</i></p>
LOOS	
<p>SANTELYS Epi de Soil – 351 rue Ambroise Pare 59120 Loos ☎ 03 62 28 80 00 ☎ 03 62 28 80 01 ✉ had@santelys.asso.fr 🌐 www.santelys.asso.fr</p> <p><i>Couvre le territoire de santé de Lille métropole</i></p>	

Lits identifiés de soins palliatifs		
LILLE	VILLENEUVE D'ASCQ	
<p>CHU LILLE</p> <p>19 lits dispersés au sein de l'ensemble du CHU</p>	<p>CLINIQUE LES PEUPLIERS 109 rue d'Hem 59491 Villeneuve-d'Ascq ☎ 03 20 05 70 00 Nombre de lits : 5</p>	
<p>HOPITAL LES BATELIERS 23 rue des Bateliers 59037 Lille ☎ 03 20 44 45 82 Nombre de lits : 5</p>	<th>WASQUEHAL</th> <p>Centre de Gériatrie LE MOLINEL CH Intercommunal de Wasquehal 2 rue Salvador Allende 59444 Wasquehal Cedex ☎ 03 20 89 65 65 ☎ 03 20 89 65 68 Nombre de lits : 5</p>	WASQUEHAL

Unité de soins palliatifs	
LILLE	HAUBOURDIN
<p>CHU LILLE Hôpital Calmette - 59037 Lille Cedex ☎ 03 20 44 47 61 ☎ 03 20 44 47 65 Nombre de lits : 10</p>	<p>HÔPITAL JEAN DE LUXEMBOURG 29 rue H. Barbusse - 59320 Haubourdin ☎ 03 20 10 15 01 ☎ 03 20 10 15 22 Nombre de lits : 10</p>
<p>CENTRE OSCAR LAMBRET 3 rue Frédéric Combemale - BP 307 59020 Lille Cedex ☎ 03 20 29 59 09 ☎ 03 20 29 55 84 Nombre de lits : 11</p>	<p>LOMME MAISON MEDICALE JEAN-XXIII 3 place E. de Rotterdam - 59465 Lomme ☎ 03 20 88 81 55 ☎ 03 20 88 81 56 Nombre de lits : 20</p>
<p>CH SAINT-VINCENT-DE-PAUL Boulevard de Belfort – BP 387 59020 Lille Cedex ☎ 03 20 87 48 65 ou 03 20 87 43 46 Nombre de lits : 12</p>	<p>ROUBAIX CH DE ROUBAIX PAVILLON LAGACHE 31 rue de Barbieux - 59100 Roubaix ☎ 03 20 99 32 03 ☎ 03 20 99 15 80 Nombre de lits : 12</p>
<p>POLYCLINIQUE DU BOIS 44 avenue Marx Dormoy 59000 Lille ☎ 08 26 20 56 00 Nombre de lits : 7</p>	<p>TOURCOING CH DE TOURCOING 155 rue du Pdt Coty - 59220 Tourcoing ☎ 03 20 69 44 88 Nombre de lits : 10</p>

Associations de bénévoles	
LILLE	TOURCOING
<p>ASP-NORD-PAS-DE-CALAIS (OMEGA) 5 avenue Oscar Lambret 59037 Lille Cedex ☎ 03 20 44 56 32 ☎ 03 20 44 56 38</p>	<p>SHENANDOAH CH Dron - 135 rue du Président Coty 59208 Tourcoing Cedex ☎ 03 20 69 49 49 ☎ 03 20 69 44 43</p>
<p>LOMME ASP-HOPITAUX de la CATHO de LILLE CH St.-Philibert – 115 rue du Grand But 59462 Lomme Cedex ☎ 03 20 00 56 95 ☎ 03 20 00 56 21</p>	<p>ASP DOMUS 15 rue de la Bienfaisance 59200 Tourcoing ☎ 03 20 70 14 72 ☎ 03 20 70 74 87</p>
<p>ROUBAIX JALMALV-ROUBAIX AVEC (Accompagner-Vivre- Ecouter-Consoler) 29 rue des Fabricants 59100 Roubaix ☎ 03 20 66 92 92</p>	<p>VILLENEUVE D'ASCQ CHOISIR L'ESPOIR 73 rue Gaston Baratte 59493 Villeneuve d'Ascq ☎ 03 20 64 04 99 ☎ 03 20 64 05 02</p>

SYNTHESES PRATIQUES SUR DES SYMPTOMES

Douleur

« La douleur est ce que le malade affirme qu'elle est, et non ce que les autres croient qu'elle devrait être »
Osler, 1984

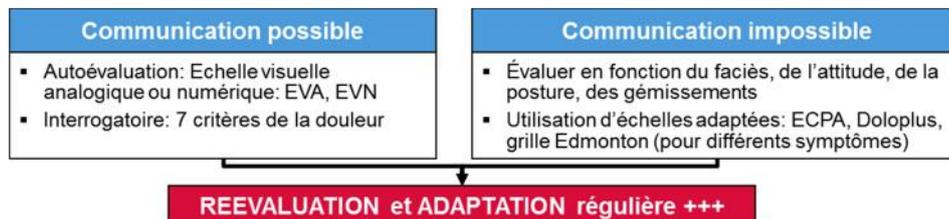
EVALUATION :

Importance +++ : impact direct sur la qualité de vie du patient.

Mettre à disposition des outils d'évaluation au domicile du patient, afin que l'évaluation puisse être répétée et réalisée par tout membre de l'équipe soignante.

Selon l'ANAES(2002) :

- évaluation des causes
- évaluation des mécanismes : douleur nociceptive, neuropathique (diagnostiquée avec l'échelle EDN4), psychogène, mixte
- évaluation de la topographie
- évaluation de l'intensité
- retentissement sur le comportement quotidien.



DOULEUR NOCICEPTIVE :

Il existe 3 paliers selon l'OMS, le choix du traitement est toujours fait en fonction de l'intensité de la douleur.

▪ Palier 1 et 2 de l'OMS :

Les opioïdes (ou opiacés) mixtes : **BUPRENORPHINE Temgésic®** et **NALBUPHINE Nubain®** ne seront pas abordés ici devant leur faible utilisation en ambulatoire, privilégier alors le passage au palier 3 si nécessaire.

	PALIER 1			PALIER 2		
	PARACETAMOL Dafalgan®, Doliprane®, Efferalgan®...	DERIVES SALICYLES Aspirine®, Aspégic®, Aspro®...	NEFOPAM Acupan®	EXTRAIT D'OPIUM Lamaline®	CODEINE +/- paracétamol Dicodin LP®, Effalgan codéiné®, Dafalgan codéiné®...	TRAMADOL Contramal®, Topalgic®, Monoalgic®...
Administration et posologie	PO-IV-Suppo-SC (SC : hors AMM, sites différents avec surveillance: risque de nécrose) 0.5 à 1gX4/j	PO-Suppo 0.5 à 6g/24h	IV-IM-SC-PO (hors AMM) - en continu PSE/24h 20mg/4h max120mg/j	PO-Suppo Gélule: 3 à 10/j Suppo: 2 à 6/j Intéressant pour douleurs abdos et pelviennes	PO-(existe en sirop) -Association: 1cp/4h -Forme seule à LP: 1cp/12h -Efficace sur douleurs osseuses	PO(LI et LP)-IV-SC 50 à 100mg/6h Privilégier les formes LP Posologies progressives
Effets indésirables	Se méfier d'éventuelles associations contenant du paracétamol	• Intolérance gastro-intestinale • Effet antiagrégant plaquettaire	Sueurs, somnolence, nausées, réactions atropiniques		• digestifs: nausées, constipation++ • Psychiques: somnolence	• Nausées, vomissements, rétention aiguë d'urine, somnolence
Précaution d'emploi	Contre-indiqué en cas d'atteintes hépatiques très sévères	! Interactions: • Anticoagulants • Méthotrexate • Antidiabétiques oraux • Glucocorticoïdes			! 10% de la population sont non répondeurs (pas de métabolisation) • Commencer par des doses faibles • Prévenir la constipation	• insuffisance rénale: CI si clearance < 10ml/min et espacer les prises de 12h si clearance < 30ml/min • diminue le seuil épileptogène
Equivalence Morphine					Si posologie max insuffisante = 8cp Dafalgan codéiné® passer à Skénan®LP 30mg x 2/24h	Si posologie max insuffisante = Topalgic® LP 200mg x2/24h passer à Skénan®LP 30mg x2/24h

▪ **Palier 3 de l'OMS : Les Opioides forts**

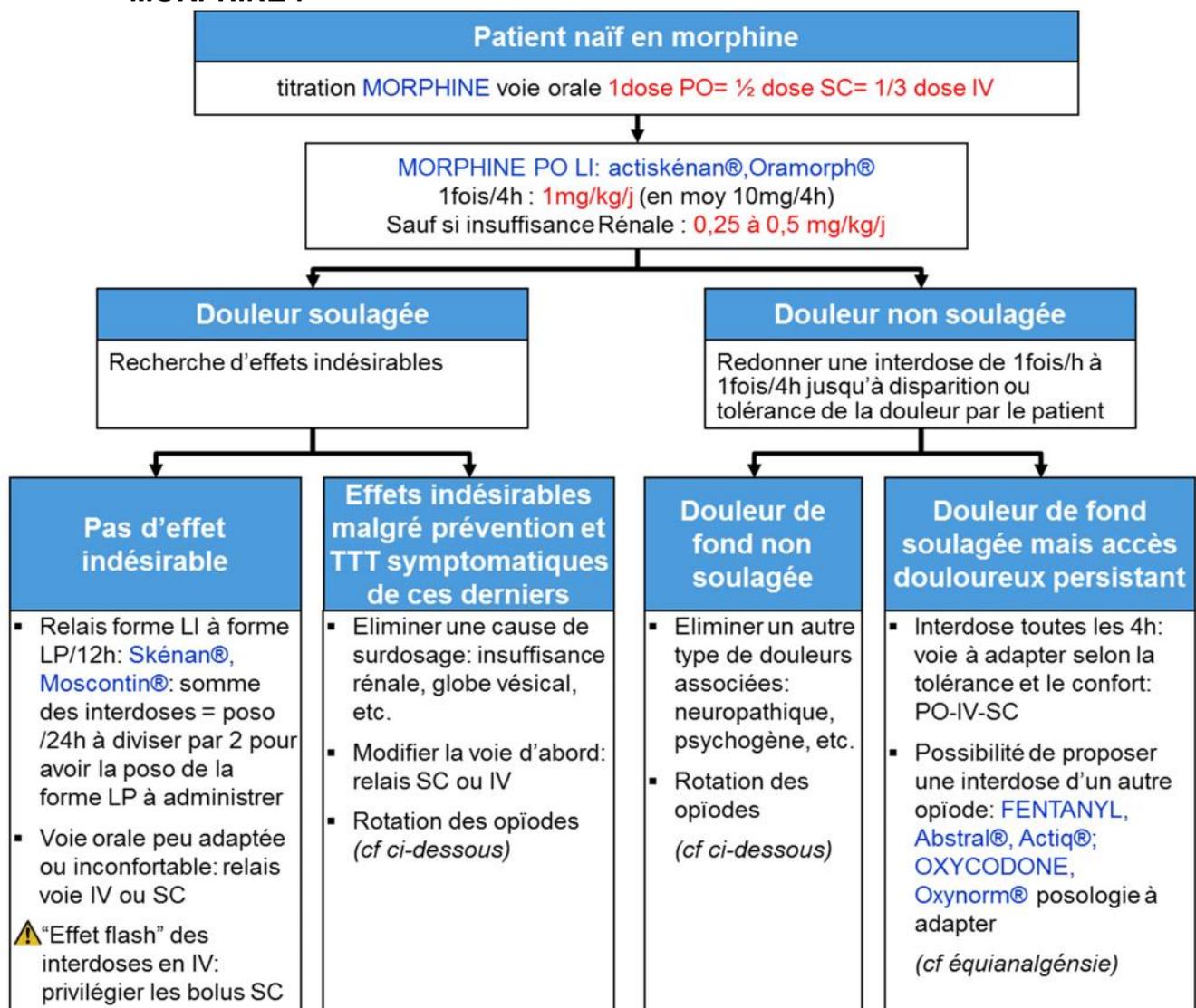
Utilisation :

- douleur nociceptive très intense, échec des paliers inférieurs : toujours réévaluer la posologie de manière très régulière.
- expliquer au patient et à ses proches le but du TTT par opioïde : éliminer les fausses croyances associées
- toujours prévoir des **interdoses : 1/6 à 1/10 de la dose journalière** : 1 fois toutes les 4 à 6h
- si plus de 4 interdoses/24h : il faut augmenter la dose journalière : dose journalière + totalité des interdoses = nouvelle dose journalière à administrer.
- pas de dose plafond.

Précautions d'emploi :

- prévenir les effets secondaires : pour la constipation, laxatif systématique (par ex : laxatif osmotique **MACROGOL Transipeg®** ou **LACTULOSE Duphalac®**), pour les nausées et vomissements, prévenir par prescription anticipée (*cf fiche nausées, vomissements*).
- en cas de surdosage : l'antidote de la morphine est la **NALOXONE Narcan®**, très rarement utilisée à domicile. En pratique : arrêt du TTT opioïde en cours avec réévaluation régulière de la recrudescence des douleurs, l'indication de la Naloxone sera portée en fonction de la fréquence respiratoire.

- **MORPHINE :**



- AUTRES OPIOIDES :

OXYCODONE Oxycontin® (LP/12h) et Oxynorm® et Oxynormoro® (LI) : PO-IV-SC : chez le patient naïf d'opioïde : **2,5 à 5mg PO/4h**, même conduite à tenir (CAT) que pour la Morphine.

Attention la biodisponibilité de l'Oxycodone par voie IV est identique à celle par voie SC (**dose IV=SC**)

CHLORYDRATE D'HYDROMORPHONE Sophidone® (LP/12h) : PO

FENTANYL Durogésic®, Matrifen®, patch LP/72h, et Actiq®, Abstral®, Effentora® voie buccale transmuqueuse à LI et Instanyl®, Pectent® spray nasal à LI.

Indications du Fentanyl : patient ayant un traitement équivalent à 60mg de Morphine PO, voie PO impossible, améliorer le confort du patient, insuffisance rénale (excrétion rénale sous forme majoritaire de métabolites inactifs).

Les formes de TTT à LI peuvent être très utiles de par leurs galéniques, et rendent la prise en charge des accès douloureux paroxystiques plus aisée en ambulatoire par le patient lui-même ou son entourage.

Attention : modification de l'absorption du patch en cas d'hyperthermie, sueur, etc., préférer alors une autre voie d'administration.

- ROTATION DES OPIOIDES :

Quand? :

- passage d'un TTT opioïde LP/12h à un TTT par FENTANYL transdermique : application du patch au moment de la dernière prise PO.
- passage d'un TTT IV ou SC en continu à un TTT par FENTANYL transdermique : laisser au moins 8h le système continu en place après l'application du patch
- passage d'un TTT par FENTANYL transdermique à un TTT par opioïde PO LP : attendre au moins 8h après retrait du patch avant d'administrer en croissance progressive le TTT PO
- passage d'un TTT par opioïde parentéral continu à un TTT PO LP : stopper le système continu en même temps que la prise du TTT PO LP.

Comment? : Utilisation de la grille d'équianalgésie : cf annexe

- POMPE ANALGESQUE AUTOCONTROLEE : PCA :

**Savoir
y
penser**

- Matériel permettant la délivrance continue d'un opioïde, avec possibilité, à la demande du patient, d'administrer une interdose, en IV ou SC
- Il est possible d'obtenir ce matériel en ville (pharmacie/prestataire de service)
- Cependant, si l'équipe de soins à domicile est en difficulté quant à sa mise en place et son utilisation, il est possible de faire appel à une structure ressource (EMSP, USP, HAD, réseau)

Guides pratiques réalisés par la SFAP pour l'utilisation de la PCA :

- 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 : www.sfap.org/pdf/VIII-I4c-pdf.pdf

ANNEXE : Tableau d'équianalgie (CHU Grenoble, janvier 2010)

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)

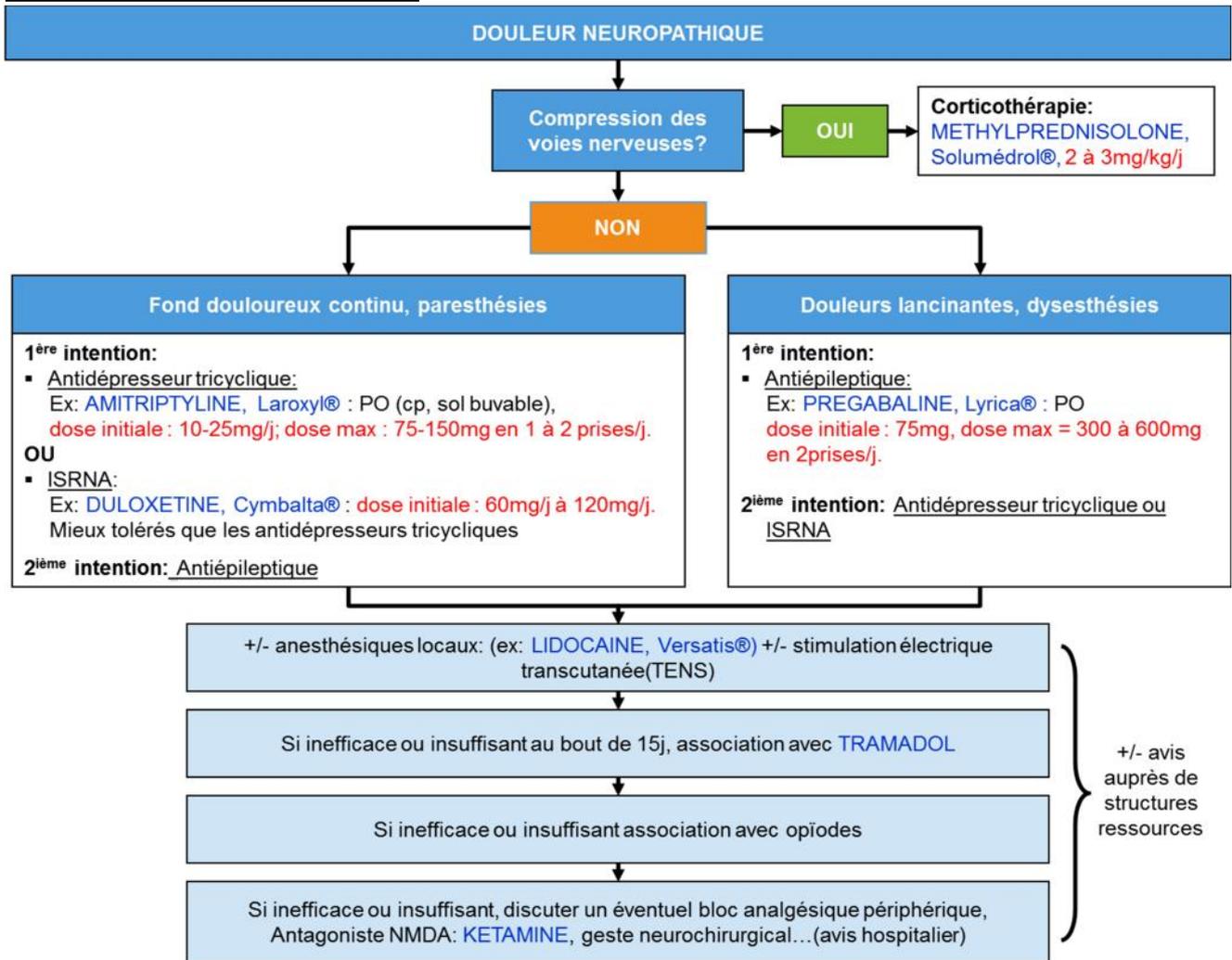
1 morphine orale = 1/2 morphine SC = 1/3 morphine IV - Dose équivalente de morphine U. Par ex: 40 mg SC = 20 mg IV = 10 mg SC.
 1 morphine orale = 1/2,4 équianalgie (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 morphine orale = 1/2 équianalgie orale.
 1 morphine IV = 1 équianalgie (pour un ratio de 1/100) = 1/7,5 morphine orale = 1/2 équianalgie orale.
 1 opioïde oral = 1/2 opioïde SC ou IV en pratique, le ratio d'équianalgie est entre 1/2 et 1 du fait de la variabilité inter-individuelle.

Version 5 - Janvier 2010
 Rédigé par : soins de support - soins palliatifs - CHU de Grenoble
 coordonnateur : michel.guyard@chu-grenoble.fr - soins.palliatifs@chu-grenoble.fr

Morphine en mg			Oxycodone en mg			Hydromorphone en mg			Fentanyl en µg		
PO	SC	IV	PO	SC-IV	PO	Transdermique	Transmuqueux	PO	Transdermique	Dose du bolus	Dose du bolus
Dose / 24h	Dose du bolus**	Dose du bolus**	Dose / 24h	Dose du bolus**	Dose / 24h	Dose / 72h	Dose du bolus	Dose / 24h	Dose / 72h	Dose du bolus	Dose du bolus
Morocadin cp LP	Actikéran gal U 5 - 10 - 20 - 30 mg Sénelal cp U 10 - 20 mg Oramorph sol buv unitdose U 10 - 30 - 100 mg/5ml	Morphine sol inj amp 1 - 10 - 20 50 - 100 - 200 400 - 500 mg	Duragesic Fentanyl Raborpharm 400 - 600 - 800 µg Fentanyl Sandoz Fentanyl Windrop Mabrian patch 12 - 25 - 50 75 - 100 µg/h	Dose par 24 heures	Dose par 24 heures	Dose par 24 heures	Dose par 24 heures	Dose par 24 heures	Dose par 24 heures	Dose par 24 heures	Dose par 24 heures
20	1/10	1/10	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
30	3	5	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
60	6	10	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
90	9	15	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
120	12	20	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
180	18	27	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
180	18	30	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
200	20	33	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
240	24	40	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
280	28	47	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
300	30	50	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
360	36	60	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
400	40	67	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
480	48	80	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
540	54	90	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
600	60	100	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
720	72	120	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
900	90	150	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10
1000	100	167	Oxycodone / Lomcodone / relaxanal cp LP 52,5 - 105 - 210 / 40/20 mg cp ordinaire U 5 - 10 - 20 mg	1/10	1/10	800 - 1200 - 1800 µg	1/10	1/10	1/10	1/10	1/10

PO - Dose du bolus** - 1/10 à 1/10 de la dose orale par 24 heures par la même voie. LP - Libération prolongée = durée d'action 12 h. U - Libération immédiate = durée d'action 4 à 6 h.
 * Ajuster. ** Dose du bolus** - 1/10 à 1/10 de la dose orale par 24 heures par la même voie. LP - Libération prolongée = durée d'action 12 h. U - Libération immédiate = durée d'action 4 à 6 h.
 A - Ajuster. ** Dose du bolus** - 1/10 à 1/10 de la dose orale par 24 heures par la même voie. LP - Libération prolongée = durée d'action 12 h. U - Libération immédiate = durée d'action 4 à 6 h.

DOULEUR NEUROPATHIQUE



ISRNA: Inhibiteur de la recapture sélective de la sérotonine et de la noradrénaline

COANALGESIE : ⚠ Savoir y penser :

- AINS : métastases osseuses, métastases cutanées, sueurs nocturnes, etc.
- Corticoïdes : douleurs mixtes, douleur de compression, métastases hépatiques, occlusion, métastases osseuses, hypercalcémie maligne, œdème et lymphœdème, colite radique, etc..
- Biphosphonates : métastases osseuses +++ avec diminution du risque fracturaire, hypercalcémie associée : dans cette indication, la voie IV est à privilégier (ex : Acide CLODRONIQUE Clastoban® : 800mgX2/j IV-SC-PO, Acide ZOLEDRONIQUE Zométa® : 4mg toutes les 3-4 semaines IV sur 15 minutes).
- Myorelaxants
- MIDAZOLAM Hypnovel® (disponible via HAD ou pharmacie hospitalière) ou Versed® (disponible en ville mais non remboursé) : anxiété associée, avant les soins douloureux.

TTT NON PHARMACOLOGIQUE :

La prise en charge de la douleur en soins palliatifs nécessite une écoute active avec une réévaluation très régulière pouvant rendre difficile cette prise en charge à domicile.

C'est pour cela que la multidisciplinarité prend tout son sens :

- Kinésithérapie : massage, effleurage, mobilisation douce...
- Suivi psychologique
- Balnéothérapie
- Relaxation, hypnose, musicothérapie, aromathérapie.
- Socioesthétisme...

Dyspnée

La dyspnée est une sensation **subjective**, d'inconfort respiratoire, elle est très fréquente en fin de vie, et fait partie des symptômes très **anxiogènes** aussi bien pour le patient que pour l'entourage et l'équipe soignante. C'est pour toutes ces raisons qu'il faut savoir **l'anticiper**.

<p>Etiologies</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Altération préexistante de la fonction respiratoire</i> : BPCO, Asthme, insuffisance cardiaque, etc. ▪ <i>Evolution tumorale</i> : lésions primaires et/ou secondaires, compression médiastinale (syndrome cave supérieur), lymphangite, épanchement, atteinte sous-diaphragmatique, etc. ▪ <i>Iatrogènes</i> : lobectomie, fibrose post-radique, secondaire aux chimiothérapies, etc. ▪ <i>Autres</i> : Embolie pulmonaire, Anémie, Maladies neuromusculaires, etc.
<p>Evaluation A renouveler++</p>	<p>Identifier les patients à risque</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éléments cliniques : interrogatoire, fréquence respiratoire, signes de lutte, auscultation, +/- saturation, température. ▪ Éléments paracliniques : à discuter au cas par cas en fonction de la faisabilité et de l'impact qu'ils auraient sur la prise en charge.
<p>Mesures non pharmacologiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence ++ : passages fréquents, informations claires au patient et à l'entourage, écoute active... ▪ Environnement : calme, positionnement dans le lit, aérer la pièce, vêtements amples, lumière douce ▪ Adaptation des soins : soins de bouche, adaptation de la toilette, massages, kiné respiratoire (selon l'état du patient)
<p>Traitement étiologique <i>(non exhaustif)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Syndrome broncho-obstructif : aérosols <ul style="list-style-type: none"> - β2 mimétiques : TERBUTALINE Bricanyl® ou SALBUTAMOL Ventoline® Rq : la voie SC peut être utilisée : 1 ampoule à renouveler (AR) si besoin - anticholinergiques : BROMURE D'IPRATROPIUM Atrovent® en nébulisation Rq : prescription par pneumologue ou pédiatre. ▪ Insuffisance cardiaque : diurétiques, inhibiteur de l'enzyme de conversion ▪ Syndrome cave supérieur : <ul style="list-style-type: none"> - corticoïdes à haute dose : METHYLPREDNISOLONE Solumédrol®: 3 mg/kg SC/IV - radiothérapie, TTT anticoagulant, endoprothèse cave : +/- à discuter selon la faisabilité et l'état du patient ▪ Lymphangite : corticoïdes PO, IV, SC METHYLPREDNISOLONE Solumédrol® ou PREDNISONE Solupred® : 2 à 3 mg/kg/j puis recherche dose minimale efficace. ⚠ Corticoïdes SC : Posologie maximale 100 mg/site d'injection
<p>Traitement symptomatique <i>(Si les mesures non pharmacologiques et le ttt étiologique sont insuffisants)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MORPHINE : indiquée ++ si polypnée <ul style="list-style-type: none"> - Patient déjà sous morphine : augmentation de 30% de la posologie/24h - Patient naïf en morphine : débiter par 2,5 à 5 mg po toutes les 4h en adaptant la posologie toutes les 4h en fonction de la tolérance et de l'effet obtenu - Rappel : si po impossible, adaptation des doses : 1PO = 1/2SC = 1/3IV - Surveillance accrue : (fréquence respiratoire) avec passages fréquents ▪ Anxiolytiques : y penser devant le caractère anxiogène de la dyspnée <ul style="list-style-type: none"> - Benzodiazépines : à ½ vie courte de préférence : LORAZEPAM Téresta®, PO : 1 à 2 mg fois 1 à 4/J OU ALPRAZOLAM Xanax® : 0,25 à 2 mg/j - Si nécessité, MIDAZOLAM Hypnovel®, SC, IM, IV : 1 à 2,5 mg / injection, AR toutes les 10-15 min si besoin, avec relais à 0,25 à 0,5 mg/h en continu ▪ HYDROXYZINE Atarax®, PO cp-sirop, IV, SC, IM : 25 à 100 mg fois 3/j <ul style="list-style-type: none"> - Encombrement : cf fiche, Scopolamine® ou Scopoderm® - Oxygène : préférer les lunettes, à adapter en fonction du soulagement et du confort apportés <p>Dyspnée terminale : discuter l'indication d'une sédation (cf fiche)</p>

Encombrement

L'encombrement bronchique de par sa fréquence, l'inconfort, et l'anxiété qui y sont associés, nécessite de savoir l'anticiper dans la mesure du possible.

L'encombrement peut avoir plusieurs origines et n'est pas toujours lié à une infection (ex : bronchorrhée, inhalation...).

Les râles agoniques sont à distinguer : bruits audibles des sécrétions stagnantes, chez un patient en fin de vie, suite à une perte des réflexes de toux ou de déglutition.

Mesures préventives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier les malades à risques (dépister régulièrement le risque de fausse route (FR)) ▪ Evaluations régulières ▪ Explications claires au patient et à son entourage ▪ Penser aux prescriptions anticipées
Mesures non pharmacologiques et traitements associés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution des apports hydriques, en privilégiant les soins de bouche si sensation de soif (à adapter selon les goûts du patient) ▪ Positionnement adapté dans le lit, notamment au moment des repas ▪ Adaptation de l'alimentation : fractionnement, éviter les liquides si risque de FR (eau gélifiée...), proscrire les verres à bec, discuter la poursuite ou non de l'alimentation selon l'état du patient (y compris alimentation entérale). ▪ Arrêt de la kinésithérapie et d'éventuels traitements fluidifiants, si expectoration impossible ▪ Proposer un drainage postural si possible : $\frac{3}{4}$ latéral ▪ Aspiration naso-trachéale et Oxygénothérapie : peser l'indication en fonction du choix, du soulagement et du confort du patient. ▪ Anxiolyse (cf fiche dyspnée)
Traitement médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticholinergiques : <i>si hypersécrétion ou râles agoniques</i> BROMHYDRATE DE SCOPOLAMINE : <ul style="list-style-type: none"> - Scopolamine cooper®, ampoule de 0,5mg : en SC-IV ou PO (utilisation de l'ampoule injectable) $\frac{1}{2}$ à 1 ampoule toutes les 8h si réponse insuffisante augmentation de la dose à chaque prise ou diminution du délai entre 2 prises à 4h, max 8-9 ampoules/j. - Patch : Scopoderm® 1 mg/72h : 1 à 4 patches / 72h. ▪ Bronchodilatateurs : <i>si bronchospasme</i>, pour faciliter le drainage ▪ Corticoïdes : <i>si hypersécrétion ou bronchospasme</i> ▪ Diurétiques : <i>si insuffisance cardiaque gauche</i> ▪ Antibiotiques : à discuter au cas par cas <i>si composante infectieuse</i>

Remarques :

- La scopolamine peut être administrée en continu, et peut être mélangée à de la Morphine dans la même seringue (si polypnée ou douleur associée)



Concernant les anticholinergiques :

- la BUTYLSCOPOLAMINE Scoburen®, utilisée en cas de syndrome occlusif a moins d'effet central (moins confusogène, moins de somnolence...), mais n'a pas encore l'AMM pour l'encombrement.
- l'HYOSCYAMINE Atropine® à éviter devant l'effet central stimulant.
- le Scopoderm® n'est pas remboursé.
- En cas de râles agoniques : privilégier alors les mesures non pharmacologiques et les traitements associés, la sédation peut être indiquée (cf fiche).
- Si participation infectieuse, l'expectoration est à privilégier avant les anticholinergiques.

Nausées/Vomissements

EVALUER :

- l'intensité des nausées (possibilité d'utiliser une EVA)
- la chronologie, les horaires, la fréquence, l'aspect et l'odeur des vomissements
- les facteurs aggravant ou apaisant ces nausées et vomissements
- l'impact sur la qualité de vie du patient.

PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE :

Dans tous les cas :

- **lister les médicaments** pouvant induire ou aggraver des nausées et vomissements et si possible **revoir leur prescription**
- **fractionner les repas**, réduire le volume alimentaire, privilégier « l'alimentation plaisir » (aspect plaisant, goûts du patient), préférer les repas froids
- **supprimer les stimuli aggravants** (comme les odeurs fortes)
- réaliser des **soins de bouche**, **rafraîchir le patient**
- **aérer la pièce**.

PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE :

Il faut adapter le choix du traitement en fonction de l'étiologie, en essayant de comprendre le mécanisme des nausées et vomissements, en sachant qu'ils ont souvent des causes multiples et associées chez un même patient.

Origine digestive (constipation, stase, iléus...) ou Stimulation vagale (toux, neuropathie, distension génito-urinaire ou biliaire...)	Stimulation de la zone gâchette (médicaments, troubles métaboliques et électrolytiques...)
<p>- prokinétiques : METOCLOPRAMIDE Primperan® PO-IV-SC-suppo, 10 à 20mg/4 à 8h DOMPERIDONE Motilium® PO-IV-suppo, 10 à 20mg/4 à 8h - +/- en deuxième intention : Sétrons : ONDANSETRON Zophren® PO-IV-SC-suppo, 4 à 24mg/J en 2 à 3 fois</p>	<p>- neuroleptiques : HALOPERIDOL Haldol® PO-SC, 0,5 à 3mg x 2 à 3/J - prokinétiques : METOCLOPRAMIDE Primperan® ou CISAPRIDE Prepulsid®, PO, 5 à 10mg x 3/J - +/- si vomissements chimio-induits Sétrons : ONDANSETRON Zophren®</p>
Stimulation du centre du vomissement (hypertension intracrânienne, métastase tronc cérébral...)	Stimulation vestibulaire (causes ORL, métastases de la base du crâne...)
<p>anticholinergiques : BUTYLSCOPOLAMINE Soburen®, IV-SC, 20mg/4 à 8h ou SCOPOLAMINE Scopoderm®, 1 à 4 patches/72h et Scopolamine®, IV-SC, 0,25 à 0,5 mg/4 à 8h ou en continu 1 à 2mg/24h</p>	<p>- en 1ère intention : METOPIMAZINE Vogalène®, PO-suppo, 15 à 30mg/24h - en cas d'échec : anticholinergiques BUTYLSCOPOLAMINE Soburen® ou SCOPOLAMINE Scopolamine® et Scopoderm®</p>

- Si composante anxieuse associée : **benzodiazépines** de ½ vie courte : **LORAZEPAM** Temesta®, PO, **2 à 4mg/24h** ou **ALPRAZOLAM** Xanax®, PO, **1 à 2mg/24h**.
- Utilisation possible de **corticoïdes** (action anti-inflammatoire, anti-oedémateuse et spécifique sur le centre des vomissements) : **METHYLPREDNISOLONE** Solumedrol®, **Medrol®**, PO-SC-IV, **1 à 4mg/kg/J**.

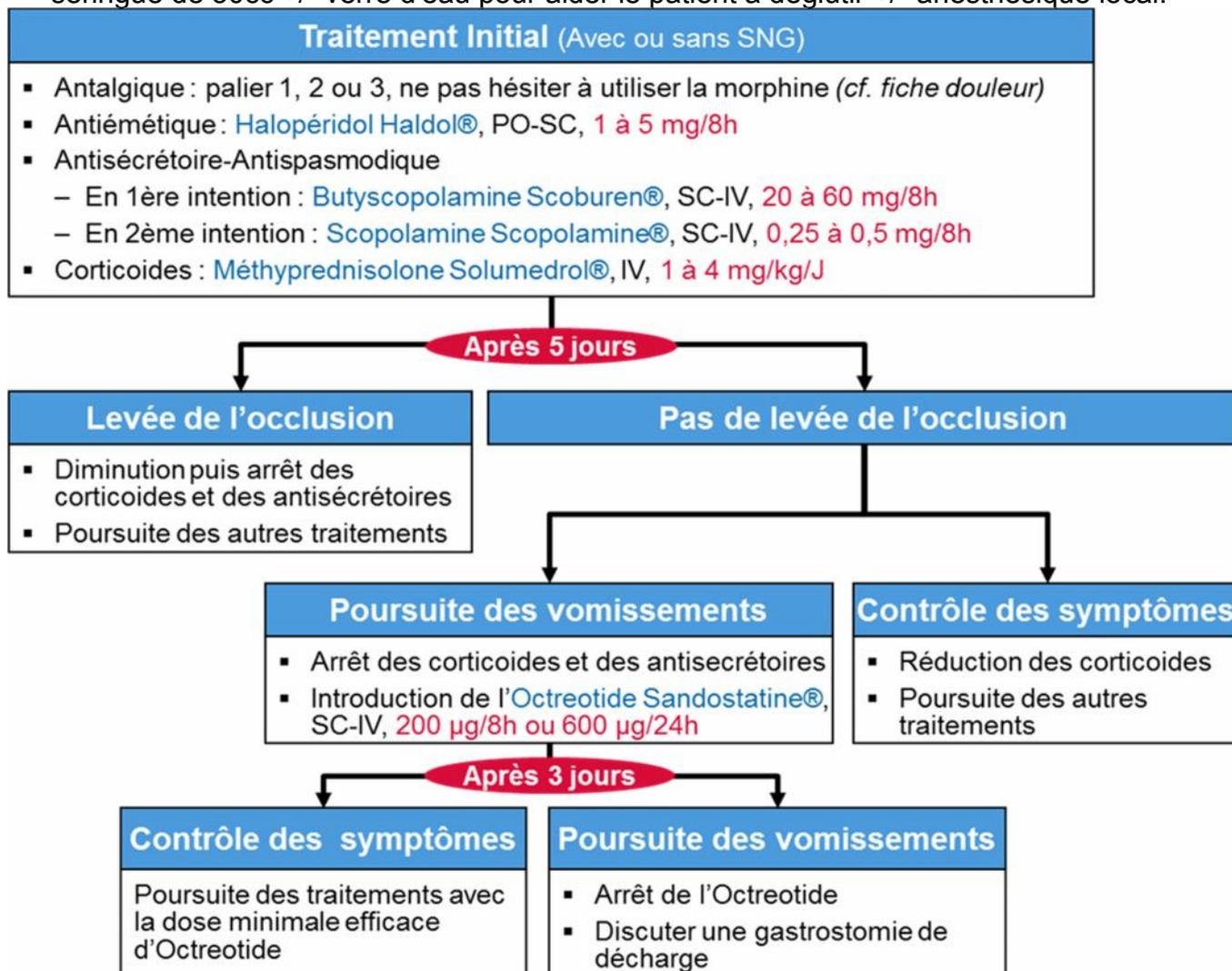
Remarques :

- L'Ondansétron est uniquement à prescription hospitalière.
- ⚠ Il n'existe pas de bénéfice à associer l'Halopéridol et le Métoclopramide, par contre les associer augmente le risque d'effets secondaires.
- A savoir : le Butylscopolamine est moins sédatif que la Scopolamine.
- Penser à privilégier des formes galéniques adaptées : par exemple l'Halopéridol en gouttes ou le Metoclopramide en suspension buvable qui peuvent être mieux tolérés que des comprimés.

Syndrome Occlusif

Il faut différencier :

- **occlusion fonctionnelle** (constipation opiniâtre, iléus, fécalome...) : le traitement est étiologique
- **occlusion organique** (carcinose péritonéale, masse obstructive...) : c'est sur celles-ci que nous allons nous attarder :
 - La question de la **chirurgie palliative** (colostomie, endoprothèse...) est la première question à se poser, mais l'indication est rarement posée.
 - En cas d'occlusion inopérable : le **traitement** est donc **médicamenteux**, son but n'est pas obligatoirement de lever l'occlusion, mais d'arriver à contrôler les symptômes en fonction de la tolérance et du confort de chaque patient.
 - Ce traitement est à associer ou non à une **sonde nasogastrique (SNG)**: la pose de celle-ci est à discuter au cas par cas en fonction des souhaits du patient, en optant pour la solution la plus confortable.
- **Matériel nécessaire à la pose d'une SNG** : sonde gastrique de Levin (calibre 14/18), seringue de 50cc +/- verre d'eau pour aider le patient à déglutir +/- anesthésique local.



Parallèlement :

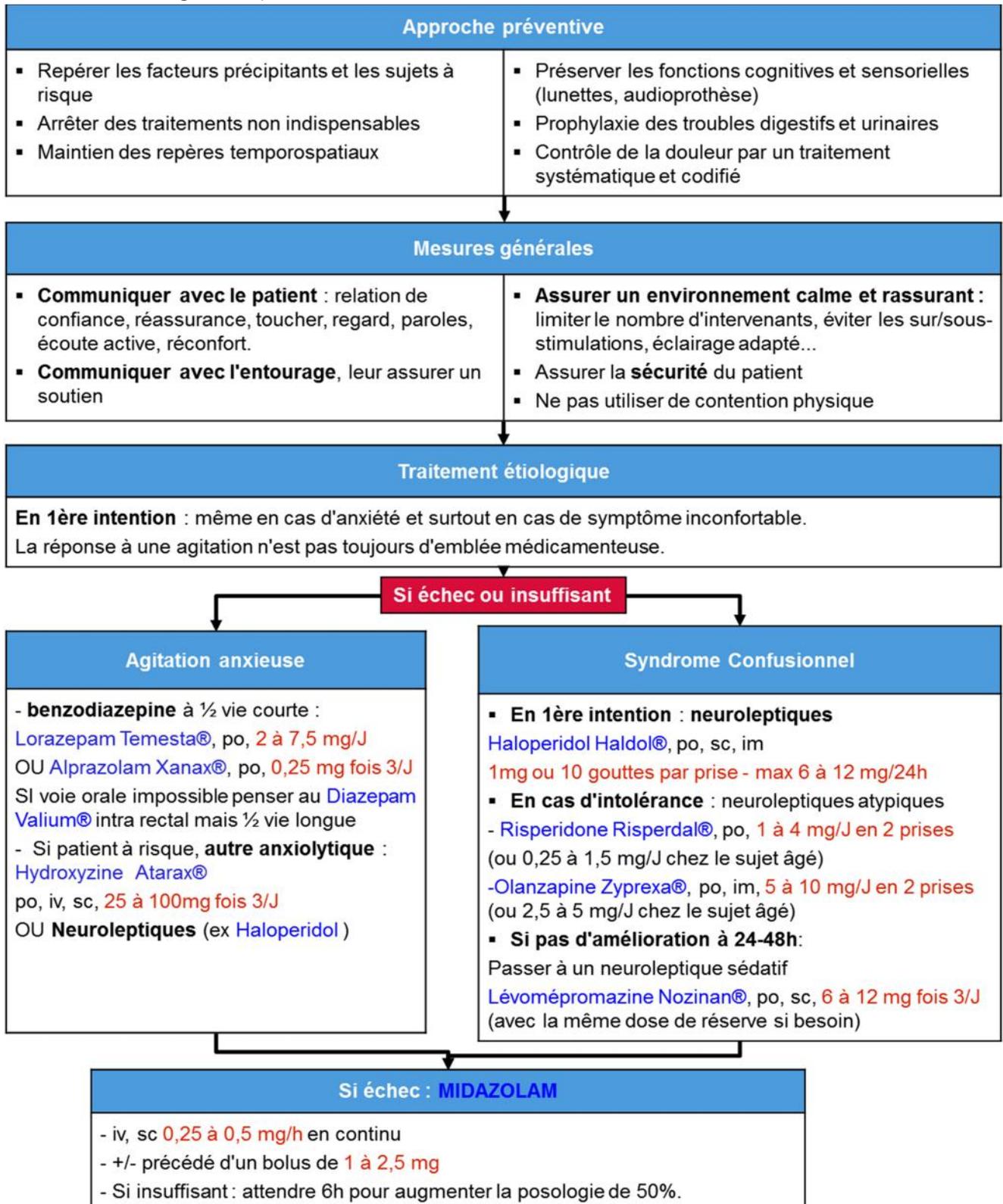
- expliquer la situation au patient et à son entourage en privilégiant l'accompagnement surtout en cas de symptômes non contrôlés.
- **ne pas s'opposer à une « alimentation plaisir »** : proposer des petites portions, privilégier des aliments pauvres en fibres et de texture fluide, penser à des soins de bouches variés (jus de fruits, café, bière...).

Rq : L'OCTREOTIDE Sandostatine® est uniquement à prescription hospitalière.

Agitation

L'agitation est un symptôme fréquent en fin de vie. Elle peut représenter un danger potentiel pour le patient et peut être très anxiogène pour l'entourage. Un état d'agitation peut ainsi compromettre le maintien à domicile d'un patient qui au départ était désiré. Sa prise en charge constitue donc une **urgence** et il est important de savoir dépister ce symptôme et si possible le prévenir.

L'agitation peut être **isolée** ou s'inscrire dans le cadre d'un **syndrome confusionnel** (apparition brutale et transitoire d'une agitation avec troubles de la vigilance et altération des fonctions cognitives).



Etiologies (liste non exhaustive) :

- Anxiété++: qui peut résulter de plusieurs causes et peut être :
 - symptôme organique anxiogène
 - symptôme d'origine psychique
 - liée à l'anxiété de l'entourage
- Symptôme inconfortable (auquel il faut toujours penser car facilement curable) : douleur non contrôlée, fécalome, rétention aigue d'urine, etc.
- Iatrogène : attention à la polymédication et aux opiacés : surdosage et intolérance
- Métabolique: insuffisance hépatique, rénale, cardiaque, troubles hydro-électrolytiques, hypo/hyperglycémie, hypercalcémie, etc.
- Pathologie cérébrale
- Autres: infections, hypoxémie, stress, etc.

Cas particuliers :

- Si l'agitation est majeure ou dangereuse pour le patient et/ou pour ses proches, un traitement médicamenteux par neuroleptique sédatif peut être utilisé d'emblée avant toute recherche ou traitement étiologique : exemple : [LEVOMEPRMAZINE Nozinan®](#), SC, 12,5 à 25 mg/8h.
- En cas d'échec de la prise en charge, l'agitation peut devenir un symptôme « réfractaire » et ainsi entrer dans les indications d'une **sédation pour détresse** d'après la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs). (cf *fiche sédation*).

Le médicament utilisé [MIDAZOLAM](#) est disponible sous deux formes :

- [Hypnovel®](#) à délivrance hospitalière (pharmacie hospitalière ou HAD)
- [Versed®](#) disponible en pharmacie de ville mais non remboursé.

S'il n'est pas possible de mettre en oeuvre une sédation il est quand même possible d'utiliser le [MIDAZOLAM](#) à visée anxiolytique.

- En cas d'anxiété associée à un syndrome confusionnel, les benzodiazépines peuvent être associées aux neuroleptiques.

Hémorragie

Toujours y penser car l'hémorragie est une situation **fréquente** en soins palliatifs et il est important de l'**anticiper**. Elle peut être traumatisante et anxiogène pour le patient et son entourage.

Etiologies :

L'hémorragie est souvent liée à l'évolution naturelle de la tumeur ou du processus néoplasique :

- Hémorragie sur site tumoral liée à l'organe atteint
 - hémorragie vaginale ou métrorragies sur néoplasies gynécologiques
 - saignements digestifs (rectorragie, méléna, hématomèse) sur néoplasies digestives
 - hémoptysie sur néoplasies broncho-pulmonaires
 - hématurie sur néoplasies rénales et urinaires
 - hémorragie cutanéomuqueuses sur néoplasies ORL, cutanées ou sur lésions secondaires
- Hémorragie d'origine généralisée : CIVD, envahissement médullaire, trouble de la coagulation préexistant ou non, etc.
- Cause iatrogène : insuffisance médullaire iatrogène, traitement anticoagulant, etc..

Mesures générales :

- Préventives
 - **identifier les patients à risque**, **informer** le patient et son entourage de la survenue éventuelle d'une hémorragie
 - s'attacher à **recueillir la volonté du patient** quant aux attitudes à adopter, notamment sur la décision d'hospitalisation ou de traitement invasif, initialement puis régulièrement.
 - **anticiper** le matériel nécessaire et si possible les prescriptions
 - **réévaluer régulièrement les prescriptions**, notamment anticoagulants, en fonction de la balance bénéfique/risque
- Au moment de l'hémorragie
 - assurer une **présence** et maintenir un **environnement calme et rassurant**
 - poursuivre une **communication** et une **information** avec le patient et ses proches
 - penser à l'**utilisation de linge sombre** (draps, serviettes...) afin de limiter l'impact visuel du sang
 - ne pas oublier de **traiter les symptômes associés** (douleur, agitation, dyspnée, anxiété, etc. : cf fiches correspondantes)
 - **arrêter les traitements pouvant aggraver** l'hémorragie.

Traitement pharmacologique :

TTT local	TTT systémique
<ul style="list-style-type: none">▪ Compresses hémostatiques Coalgan® Surgicel®...▪ Adrénaline : 1 ampoule à diluer dans sérum phy▪ Antifibrinolytique : ACIDE TRANEXAMIQUE Exacyl®, Spotof® solution buvable à appliquer localement▪ Sucralfate Ulcars® en bains de bouche	<ul style="list-style-type: none">▪ Antifibrinolytique : ACIDE TRANEXAMIQUE Exacyl®, Spotof®, po-IV, 500 mg à 1 g fois 3/J▪ Vasoconstricteur : TERLIPRESSINE Glypressine®, iv, 1mg/6h▪ Transfusion à discuter au cas par cas

- Pour les hémorragies digestives : **OCTREOTIDE Sandostatine®**, sc, **100 à 200 µg / 8h**.
- Attention : l'octréotide et la terlipressine sont à délivrance uniquement hospitalière.
- Penser en terme de proportionnalité des soins si il y a lieu de proposer un traitement plus invasif ou nécessitant une hospitalisation (radiothérapie, chirurgie, endoscopie...).

Situation extrême : Hémorragie cataclysmique

- **Présence et soutien** du patient et de son entourage +++
- Envisager la **sédation** (cf fiche sédation)

Sédation

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.**

Sédation à domicile en pratique:

Conditions nécessaires	Information	Prise de décision
<p>L'équipe doit être compétente (expériences antérieures avec la sédation), sinon avoir recours à une équipe ressource (EMSP, USP...).</p> <p>Conditions préalables à la décision :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ disponibilité du médicament ▪ disponibilité du médecin et de l'infirmière pour visites régulières à domicile et surveillance ▪ médecin et infirmière joignables à tout moment 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<p>Elle doit être :</p> <p>Collégiale et multidisciplinaire avec si possible l'avis d'un médecin compétent en soins palliatifs.</p> <p>→ Les arguments développés lors de la prise de décision doivent être inscrits dans le dossier du patient.</p> <p>La décision d'une sédation pour chaque patient doit être ANTICIPEE, autant que possible.</p>

Prescription	Application de la prescription anticipée
<p>PRESCRIPTION ANTICIPEE si possible : Midazolam Hypnovel® : disponible uniquement via l'HAD ou une pharmacie hospitalière ou Versed® : disponible en ville mais non remboursé</p> <p>PREPARATION : dans sérum physiologique 1/1</p> <p>VOIE : IV ou SC</p> <p>INDUCTION : 1mg toutes les 2 à 3 minutes (toutes les 5 à 6 minutes pour sujets âgés ou très fragiles) → dose d'induction = dose injectée pour obtenir la sédation soit un score de Rudkin de 4 et doit être notée dans le dossier</p> <p>ENTRETIEN : perfusion continue avec dose horaire = 50% de la dose d'induction</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ en cas de risque vital : l'infirmière applique la prescription 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
	<p>Evaluation et surveillance pour permettre si besoin une adaptation de posologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ toutes les 15 minutes la 1ère heure ▪ puis 2 fois/J au minimum. <p>La sédation nécessite une présence continue (proches, bénévoles, soignants...).</p>

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 du patient et de ses proches doivent se poursuivre durant la sédation.

Score de Rudkin

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