

PALLIUM

Module 2

LES PROBLÈMES GASTROINTESTINAUX EN SOINS PALLIATIFS

« Asseyez-vous et mangez,
et soyez la bienvenue à notre table. »

William Shakespeare

1

PALLIUM

Aperçu du module

- Section 1 : Volet théorique – Nausée, vomissements, constipation, occlusion intestinale maligne
- Section 2 : Discussion de cas
- Section 3 : Grille d'éthique pour la prise de décision
- Section 4 : Volet théorique – Cachexie/alimentation artificielle
- Section 5 : Vidéo et discussion :
 - Alimentation artificielle chez un patient qui a fait un accident vasculaire cérébral, et prise de décision dans le cas d'un patient atteint d'une déficience.

2

PALLIUM

Causes courantes de la nausée et des vomissements en soins palliatifs

L'étiologie est souvent multifactorielle :

- Constipation
- Médicaments
 - Opiacés
 - Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS)
 - Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
- Motilité gastrointestinale réduite
 - Médicaments (opiacés, antidépresseurs tricycliques)
 - Neuropathie autonome
- Maladie/occlusion intestinale métastatique

3

PALLIUM

Causes courantes de la nausée et des vomissements en soins palliatifs (suite)

- Syndrome d'anorexie/cachexie
- Causes métaboliques :
 - Hyper Ca^{++}
 - Urémie
 - Hypo Na^+
- Pression intracrânienne accrue
- Candidose orale
- Anxiété
- La douleur incontrôlée peut aggraver la nausée

4

PALLIUM

Nausées et vomissements : mécanismes

Cortex cérébral
GABA
Anxiété, nausée d'anticipation

Appareil vestibulaire
Histamine
Causée par le mouvement

Centre du vomissement
ACH, dopamine

Zone de déclenchement des chimiorécepteurs
Dopamine, 5HT₃
Médicaments (p. ex. : chimiothérapie, opiacés, ISRS)
Toxines (infections, etc.)
Biochimique (p. ex. : hypercalcémie, urémie, etc.)

Tractus gastrointestinal
Dopamine, 5HT₃
Tumeurs
Occlusion
Distension

5

PALLIUM

Contrôle de la nausée

- Essayez d'identifier la/les cause(s) profonde(s).
- Essayez de régler les causes profondes si possible et s'il y a lieu.
- Traitez les symptômes :
 - Choix d'antiémétiques selon les mécanismes sous-jacents.
- Prévenez la nausée :
 - Utilisez un schéma posologique régulier d'antiémétiques si la nausée se poursuit.
 - Prévenez la constipation.
- Si un agent n'est pas complètement efficace, révisez votre plan de soins et ajoutez un nouvel agent, ou remplacez-le par un autre agent.

6

PALLIUM

Antiémétiques 1

- Antidopaminergiques
 - Métopropramide
 - Domperidone
 - Halopéridol
 - Olanzapine
- Antagonistes 5HT3
 - Ondansétron
 - Granisétron
- Antihistaminiques
 - Dimenhydrinate
 - Scopolamine
- Agents anticholinergiques et antidopaminergiques
 - Méthotriméprazine
 - Prochlorpérazine (aussi un antihistaminique)

7

PALLIUM

Antiémétiques 2

Agents qui favorisent la motilité et antidopaminergiques

Métoclopramide : 10 à 20 mg, q.i.d PO/SC/PR

- Possibilité d'effets secondaires extrapyramidaux
- Favorise la motilité du tractus gastrointestinal supérieur

- Domperidone : 10 à 20 mg, q.i.d. PO
- Formule existe seulement par voie orale
- Moins susceptible d'avoir des effets secondaires extrapyramidaux
- Favorise la motilité du tractus gastrointestinal supérieur
- Les effets secondaires extrapyramidaux et l'akathisie sont relativement peu courants, mais vous devez les surveiller.

8

PALLIUM

Antiémétiques 3

- Agents antidopaminergiques
 - Halopéridol : 0,5 à 2 mg PO/SC, quatre fois par jour
 - Olanzapine : 2,5 à 10 mg, deux fois par jour
 - Méthotriméprazine : 2,5 à 10 mg PO/SC, trois fois par jour
 - Efficaces dans les cas d'occlusion intestinale maligne
- Stéroïdes
 - Dexaméthasone : 4 à 8 mg PO/SC, deux fois par jour
- Dimenhydrinate
 - Surtout efficace pour les nausées liées au mouvement (rares)
 - Peut s'utiliser dans les cas d'occlusion intestinale
- Antagonistes 5HT3
 - Agents de deuxième et de troisième lignes utiles
- Cannabinoïdes

9

PALLIUM

Constipation

- Elle est très courante.
- Elle est rarement diagnostiquée.
- Il faut la prévenir.
- Elle provoque souvent des nausées et une douleur abdominale.

10

PALLIUM

Constipation Pharmacothérapie

- Peut se prévenir à l'aide de :
 - Stimulants : senné, cascara, bisacodyle
 - Agents cathartiques osmotiques : lactulose, sorbitol, sels de magnésium
 - Lubrifiants : huile minérale
 - Laxatifs émoullissants : docusate
- Si le patient est constipé :
 - Augmenter les doses de laxatifs.
 - Faire un lavement au phosphate, ou administrer des suppositoires de Dulcolax.

Il manque d'études comparant les différents laxatifs ou déterminant les schémas posologiques optimaux.

11

PALLIUM

Occlusion intestinale maligne

- 3 à 15 % des patients atteints du cancer
- Se produit plus fréquemment dans les cas de :
 - Cancer colorectal
 - Cancer gastrique
 - Cancer ovarien
- Vérifier et exclure la constipation rebelle ou l'iléus comme causes.

12

PALLIUM

Occlusion intestinale maligne : Questions cliniques essentielles

- Quelle est la cause?
- L'occlusion est-elle située dans le tractus gastrointestinal supérieur ou inférieur?
- Est-elle complète ou partielle?
- Est-elle réversible ou irréversible?
- La chirurgie est-elle appropriée?
- La chirurgie est-elle une option?
- Comment peut-on gérer les symptômes?

13

PALLIUM

Occlusion intestinale maligne : Gestion générale

- Contrôle de la douleur
- Contrôle de la nausée et des vomissements
- Utilisation d'une autre voie pour administrer les médicaments
- Utilisation d'une autre voie pour l'apport en liquides : IV, SC (le cas échéant)

14

PALLIUM

Occlusion intestinale : Traitement médical

- Rien par voie orale
- Sonde nasogastrique
- Dexaméthasone (4 à 10 mg SC, 2 fois par jour)
- Agents antisécrétoires
 - Octréotide (100 µg SC, 2 à 3 fois par jour)
- En cas de douleur de colique aiguë : antispasmodiques
 - Hyoscine butylbromide (buscopan) : 10 mg SC, 3 à 4 fois par jour
- Antiémétiques
 - Halopéridol, méthotriméprazine, dimenhydrinate (trop irritant par voie SC), prochlorpérazine (ne pas administrer par voie SC – nécrose des tissus), scopolamine
- Considérez la combinaison d'octréotide et de corticostéroïdes
 - Essayez d'arrêter ces médicaments si l'occlusion se résout.

15

PALLIUM

Occlusion intestinale maligne : Options de traitements chirurgicaux

Degré croissant d'invasivité

- Résection
- Pontage
- Colostomie ou iléostomie
- Œsophagectomie
- Résection endoscopique au laser (œsophagienne, duodénale et rectale)
- Pose de stents (œsophagiens, duodénaux, rectaux)
- Gastrostomie (p. ex. : sonde gastronomique)
- Sonde nasogastrique

16

PALLIUM

L'hydratation artificielle

- Hydrater :
 - les patients qui ne sont pas capables de s'hydrater par voie orale et qui ne sont pas près de mourir;
 - quand le but du patient est de prolonger sa vie et que l'hydratation aidera;
 - pour améliorer le contrôle des symptômes, p. ex. : delirium.
- Ne pas hydrater :
 - les patients qui approchent la mort (en phase terminale);
 - les patients atteints d'un œdème ou d'ascites sévères;
 - les patients susceptibles de faire des œdèmes pulmonaires.
- Comment hydrater artificiellement :
 - solutions intraveineuses;
 - hypodermoclyse (surtout dans la communauté).

17

PALLIUM

L'hypodermoclyse

Avantages

- Les infirmières peuvent l'installer et l'administrer dans presque n'importe quel milieu.
- Elle est plus appropriée aux soins à domicile que l'utilisation d'une ligne de perfusion intraveineuse.
- Elle peut être amorcée et arrêtée à n'importe quel moment en ouvrant et fermant la pince du tube.
- On peut facilement la retirer.

18

PALLIUM

L'hypodermoclyse Inconvénients

- Il est difficile d'infuser des volumes importants (> 1 l/24 heures).
 - Les volumes élevés sont rarement requis.
- Il y a des limites à l'administration d'électrolytes, d'additifs nutritionnels et de médicaments.
- Œdèmes fréquents sur le site de l'infusion.
- Possibilité de réactions locales.

Sasson M., Shvartzman P., « Hypodermoclysis: An Alternative Infusion Technique », Am. Fam. Physician, 2001, vol. 64, pp. 1575-8

19

PALLIUM

Section 2 : Discussion de cas

- Discussion de groupe (petit ou grand)

20

PALLIUM

Section 3 : Prise de décision éthique

- Certaines situations de fin de vie peuvent présenter des questions d'ordre éthique.
- Il vaut mieux suivre une procédure dans ces situations.
- Il est important de contextualiser la prise de décision.
- La grille d'éthique est une approche qui peut vous aider dans le processus décisionnel de la fin de la vie (voir la diapositive 22).

21

PALLIUM

« Grille d'éthique » pour faciliter le processus décisionnel

Considérations médicales Antécédents médicaux Pronostic Options de traitement, risques vs. bénéfices Les traitements sont-ils conformes aux objectifs de soins?	Facteurs et préférences des patients (et de la famille) Compréhension de la maladie par le patient/la famille Capacité de prise de décision des patients Objectifs des patients
Questions liées à la qualité de vie À quoi correspond la qualité de vie pour le patient (et sa famille)? Qu'est-ce qui donne un sens à sa vie et lui rend son sens de la dignité?	Considérations contextuelles Quels intérêts sont affectés? Quelles sont les normes et les attentes sociales? Que pensent les aidants naturels?

Grille adaptée de D. Kuhl et P Wilensky, *Journal of Palliative Medicine*, 1999, vol. 2, pp. 75-86.

22

PALLIUM

Section 4 Alimentation artificielle

- Réviser les cas 2, 3 et 4.
- En révisant les cas, considérez les questions suivantes :
 - Comment allez-vous répondre aux demandes d'alimentation artificielle?
 - Allez-vous alimenter ces patients de manière artificielle? Expliquez.
- L'alimentation artificielle se définit comme suit :
 - Alimentation entérale (par sonde nasogastrique ou par sonde de gastrostomie).
 - Nutrition parentérale totale (NPT par cathéter central).

23

PALLIUM

Cas 2

Monsieur DB est un homme de 64 ans atteint d'un cancer avancé du pancréas. Il a été diagnostiqué il y a quatre mois et a reçu une chimiothérapie palliative par gemcitabine. La chimiothérapie a aidé à contrôler sa douleur, mais il est devenu très cachectique et a perdu 15 kg au cours des trois derniers mois. Il n'a plus d'appétit et se sent très fatigué. Sa femme est très inquiète, elle vous demande : « Il ne mange pas, il va mourir de faim! Ne pouvez-vous pas le nourrir par voie intraveineuse? ».

24

Cas 3 (partie 1)

Madame ML est une femme de 56 ans diagnostiquée d'un cancer de la gorge il y a deux ans. Elle a subi une chirurgie (laryngectomie) ainsi qu'un traitement de radiothérapie à doses élevées dans un but curatif. Elle allait plutôt bien pendant environ 18 mois, puis elle a découvert une masse du côté gauche de son cou. D'autres analyses ont révélé qu'il s'agissait d'une récurrence de la maladie, mais au niveau de son cou. Son oncologue et son chirurgien lui ont expliqué qu'il était impossible d'administrer un traitement curatif, mais qu'elle pourrait recevoir une chimiothérapie palliative pour prolonger sa vie et contrôler les symptômes. Le cancer est localisé, et il n'y a aucune métastase.

25

Cas 3 (partie 2)

Au cours des deux derniers mois, M^{me} ML se plaint d'une douleur accrue dans le cou et elle a de la difficulté à avaler, surtout les aliments solides. Elle a perdu 1 kg dans le dernier mois.

Son mari est inquiet et nous demande de faire quelque chose, sinon elle va « mourir de faim »! Mme ML est également préoccupée par sa perte de poids, et elle participe encore pleinement à la vie et attend la naissance de son premier petit-enfant dans quatre mois.

26

Cas 4 (partie 1)

Madame AB est âgée de 41 ans, et elle est mère de trois enfants (âgés de 6, 8 et 11 ans). Elle est atteinte d'un cancer ovarien avancé et a déjà subi une chirurgie de réduction tumorale ainsi qu'une importante chimiothérapie. Elle est maintenant atteinte de métastases péritonéales généralisées, et l'échographie révèle la présence de métastases au foie. Elle a développé une occlusion intestinale complète que le chirurgien estime inopérable et irréversible. La patiente a perdu 10 kg au cours des trois derniers mois, et elle se plaint d'avoir faim. Elle est très inquiète et veut tout faire pour prolonger sa vie. « Je ne peux pas mourir maintenant, les enfants sont trop jeunes! »

27

PALLIUM

Cas 4 (partie 2)

Les tests de fonction hépatique de M^{me} AB sont normaux. Elle n'a aucune métastase à l'extérieur de l'abdomen. Elle semble être cachectique. Son niveau d'albumine est de 23 g/L. Son statut de performance ECOG est de 2, mais elle reste à la maison avec sa famille et participe encore activement à la vie de ses enfants.

Elle s'est renseignée sur la NPT et souhaite recevoir ce traitement pour prolonger sa vie au moins jusqu'à Noël, soit dans deux mois.

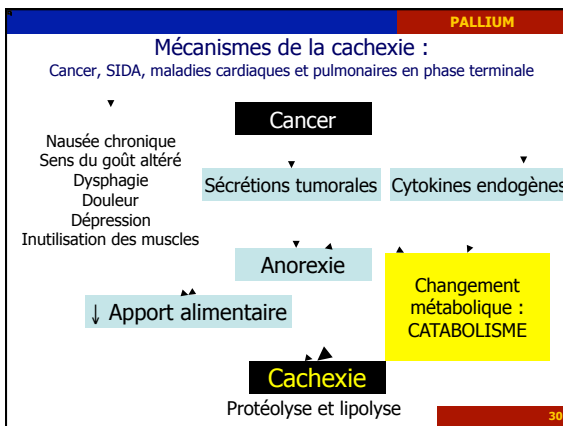
28

PALLIUM

Cachexie Définition

- Perte de poids importante suite à un changement métabolique (catabolisme) chez un patient atteint d'une maladie chronique.
- Diagnostic clinique.
- Il n'existe actuellement aucun test pour dépister la présence de la cachexie.
- Il faut se fier à l'évaluation clinique, au type de cancer, à la gravité de la maladie, au taux de perte de poids et à l'hypoalbuminémie.

29



PALLIUM

La cachexie n'est pas une forme de « famine »

- **Famine**
 - Le métabolisme ralentit.
- **Cachexie**
 - Le métabolisme s'accélère (catabolique)
 - Une fois installée, il n'existe aucun traitement pour la renverser.
 - Considérez une intervention alimentaire précoce et stimulez l'appétit avant que la cachexie ne devienne avancée.

31

PALLIUM

Rôle de l'alimentation artificielle chez les patients atteints d'une maladie avancée

- Chez les patients atteints d'une maladie avancée et d'un syndrome de cachexie, l'alimentation artificielle n'améliore pas la qualité de vie et ne prolonge pas la vie.
- Elle ajoute un fardeau :
 - Alimentation entérale : sondes, régurgitation
 - NPT : infections, perturbation électrolytique et glycémique, nécessité de faire des tests sanguins fréquents.
- Veillez à ne pas offrir l'alimentation artificielle en guise de soutien psychologique.
 - Cela crée de faux espoirs.

32

PALLIUM

Exceptions pour lesquelles l'alimentation artificielle est indiquée

- Cause de perte de poids identifiable et réversible
- Patients anorexiques/cachectiques ayant une tumeur qui répond au traitement
- Hypophagie due à une tumeur obstructive qui pourrait répondre au traitement
- Traitement préopératoire d'une malnutrition dans le cas d'une tumeur opérable

33

PALLIUM

Counseling nutritionnel

- Déterminez les préoccupations et les attentes du patient et de sa famille
- Counseling nutritionnel
 - « Mangez ce que vous pouvez, et ce que vous tolérez »
 - Petits repas
 - Collations réparties au cours de la journée
- Offrez du counseling par encouragement

34

PALLIUM

Gérer un mauvais appétit

- Commencez par répondre aux inquiétudes concernant la perte de poids
 - Répondez aux craintes que le patient va « mourir de faim »
- Considérez l'utilisation de stimulants de l'appétit chez certains patients
 - Patients chez qui la perte d'appétit (anorexie) est un symptôme majeur
 - Il faut comprendre que la cachexie est progressive (et donc ne pas avoir d'attentes irréalistes à l'égard des stimulants de l'appétit)

35

PALLIUM

Stimuler l'appétit : Agents pharmacologiques

- Acétate de mégestrol (Megace)
 - Agent progestationnel
 - Augmente les gras/lipides, mais non la masse musculaire
 - Coûteux
 - Commencer par 160 mg par jour, puis éventuellement augmenter la dose à 3 fois par jour.
 - Contre-indication : maladie thromboembolique
- Dérivés cannabinoïdes (dronabinol, nabilone)
- Corticostéroïdes
 - Rétention d'eau
 - Amélioration temporaire de l'appétit (plusieurs semaines)
 - Agent catabolique
 - Évitez de les utiliser comme agent de première ligne pour stimuler l'appétit et évitez leur utilisation prolongée si possible

36

PALLIUM

Retour aux cas 2 à 4

Cas 2 : M. DB

- Cas de cancer avancé du pancréas avec métastases au foie.
- Ce patient présente un syndrome de cachexie résultant d'un cancer avancé du pancréas. Il est catabolique. L'alimentation artificielle n'est pas indiquée.
- Commencez par aborder les inquiétudes concernant sa perte de poids – la peur de « mourir de faim ».
- Rappelez les questions sociales et culturelles qui entourent la nourriture et l'alimentation.
- Certains membres de la famille croient que la meilleure chose qu'ils peuvent faire est de nourrir le malade, même si celui-ci (comme dans ce cas) n'est pas gêné par sa baisse d'appétit et a du mal à manger de gros repas.

37

PALLIUM

Cas 3 : M^{me} ML

- Cancer localisé dans la tête et le cou.
- La perte de poids est sans doute attribuable à l'incapacité d'avaler (c.-à-d., apport réduit), plutôt qu'au syndrome de cachexie.
- Sa maladie est localisée, et sa perte de poids est peu importante et s'est effectuée progressivement.
- Administrez l'alimentation artificielle par sonde gastronomique.
- Avant de commencer l'alimentation artificielle, préparez le patient à l'éventualité d'une perte de poids malgré le traitement. Une telle approche proactive soulagera la future inquiétude associée à l'arrêt de l'alimentation artificielle.

38

PALLIUM

Cas 4 : M^{me} AB

- Jeune mère atteinte d'un cancer ovarien avancé avec métastases.
- Elle souffre clairement du syndrome de cachexie.
- L'alimentation artificielle continue (la NPT dans ce cas) est peu susceptible d'être bénéfique d'une perspective nutritionnelle.
- Toutefois, il faut tenir compte de sa volonté de rester en vie le plus longtemps possible, même si cela signifie d'assumer de nouveaux risques et fardeaux avec la NPT.

39

PALLIUM

Section 5

Vidéo

- La patiente a fait un gros accident vasculaire cérébral.
- La famille s'inquiète qu'elle soit « affamée ».
- Observez la dynamique familiale.
- Notez les réponses de l'équipe soignante durant la réunion de famille.

40

PALLIUM

Critères objectifs pour déterminer le pronostic des accidents vasculaires cérébraux

Durant la phase aiguë, ces critères sont des facteurs prédictifs majeurs de mortalité précoce :

- Coma de plus de trois jours
- On estime que 97 % des patients comateux qui présentent 4 des caractéristiques suivantes au troisième jour de coma mourront dans les deux mois :
 - Réaction anormale du tronc cérébral
 - Absence de réponse verbale
 - Absence de réflexe de retrait en réponse à la douleur
 - Créatinine sérique > 133
 - Âge > 70

41

PALLIUM

Critères objectifs pour déterminer le pronostic des accidents vasculaires cérébraux (suite)

- Facteurs CT :
 - Grosse hémorragie, avec extension ventriculaire
 - Déplacement de la ligne médiane >1,5 cm, ou infarctus bi-hémisphériques, infarctus corticaux et sous-corticaux
 - Occlusion de l'artère basilaire

42

PALLIUM

Points à retenir

- La nausée, les vomissements, et la constipation sont les symptômes courants d'une maladie avancée. Il faut porter attention aux causes profondes de ces symptômes en sélectionnant un traitement approprié.
- L'anorexie/la cachexie demandent de soigneusement réfléchir aux enjeux et aux objectifs du patient avant de considérer une intervention.
- L'hydratation artificielle peut être efficace dans certains cas (délirium, toxicité des opiacés), mais évitez de la poursuivre dans les derniers stades.
- En général, l'alimentation artificielle n'améliore pas la qualité de vie des patients atteints d'une maladie avancée.
- Utilisez la grille d'éthique pour vous aider à prendre des décisions avec les patients et les familles, car cela vous permettra de peser tous les enjeux.

43