



Consultations précoces en soins palliatifs

10 avril 2014

Dr Catherine LACROIX
USP /EMSP





- Précoce

- tardif

- Soins de support

- Soins palliatifs





SOINS DE SUPPORT

- « Ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a. »



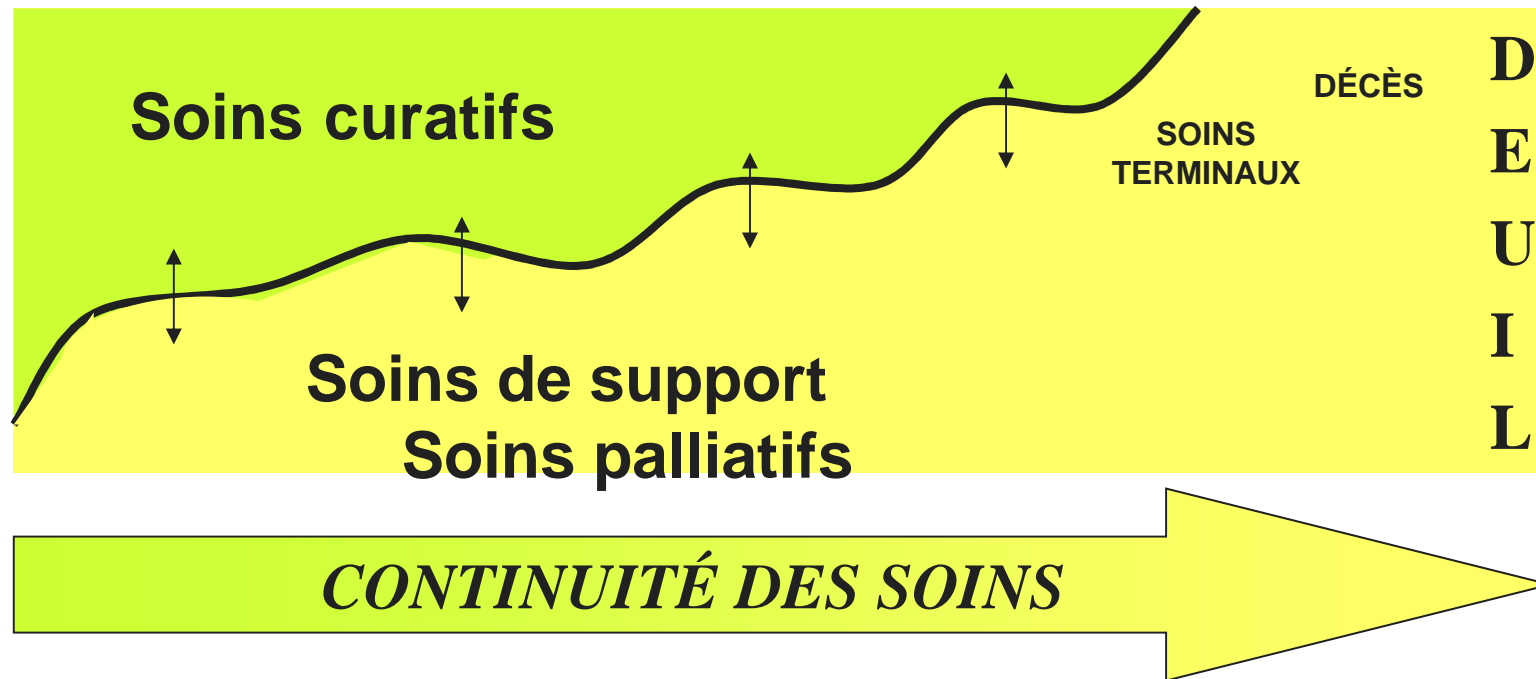


SOINS PALLIATIFS

- 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 DÉPASSENT LARGEMENT LES SOINS TERMINAUX







RECOMMANDATIONS ANAES 2002

- Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs
- *QUAND METTRE EN OEUVRE LES SOINS PALLIATIFS ?*




- 
- Les critères objectifs et les limites de la phase palliative d'une maladie et de la fin de vie sont difficiles à fixer avec précision.
 - Les soins palliatifs peuvent être envisagés précocement dans le cours d'une maladie grave évolutive quelle que soit son issue (la mort, la rémission ou la guérison) et coexister avec des traitements spécifiques de la maladie causale.
 - Recommandations ANAES 2002



- 
- Dès l'annonce du diagnostic, la prise en charge en soins palliatifs est réalisée selon un projet de soins continus qui privilégie l'écoute, la communication, l'instauration d'un climat de vérité avec le patient et son entourage. Cette démarche vise à aider le patient et ses proches à se préparer à un éventuel changement de priorité dans la prise en charge de la maladie sous jacente.

- Recommandations ANAES 2002



- 
- En effet, selon le moment, la priorité sera donnée soit aux investigations et aux traitements permettant de guérir ou de ralentir l'évolution de la maladie, soit à une prise en charge uniquement symptomatique visant le confort physique, psychologique et moral du patient.
 - La place relative de ces deux prises en charge est à réévaluer régulièrement, et la mise en œuvre des soins palliatifs doit faire l'objet d'un consensus entre l'équipe soignante, le patient et ses proches si le patient le souhaite.
 - Recommandations ANAES 2002






- Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer


- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA et al

- N Engl J Med; 2010; 363: 733-42



- 
- Etude monocentrique randomisée à 2 bras parallèles
 - Dans les 8 semaines suivant le diagnostic de cancer pulmonaire métastatique non à petites cellules
 - 2 groupes
 - « contrôle » : Traitement oncologique standard et CS de soins palliatifs à la demande (patient, médecin, famille)
 - « palliatif précoce » : traitement oncologique standard et CS de soins palliatifs par médecin et IDE au moins une fois par mois



- 
- Critère de jugement principal : qualité de vie (Functional Assessment of Cancer Therapy-lung) (FACT-L) : 12 semaines après inclusion

 - Critères secondaires :
 - Humeur :
 - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
 - patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)

 - Fin de vie avec ttt agressif :
 - chimiothérapie dans les 14 jours précédant le décès
 - absence d'hospitalisation et admission hôpital dans les 3 jours précédant le décès






RÉSULTATS

- 151 patients inclus (contrôle : n=47, palliatifs précoces : n=77)
- 107 vivants à 2 semaines

- Différence significative entre les 2 groupes
- en faveur du groupe palliatif précoce
 - Qualité de vie (98,0 vs 91,05, p=0,03)
 - Moins d'anxiété et de dépression (16% vs 38% , p=0,01)
 - Moins de fin de vie avec ttt agressif (33% vs 54% p=0,05)
 - Durée de survie (11,6 mois vs 8,9 mois, p=0,02)



- 
- Les auteurs concluent que la mise en place des soins palliatifs précocement permet d'améliorer la qualité de vie, l'humeur et peut-être la survie des patients atteints de cancer non curable.





Indications d'hospitalisation en soins palliatifs

10 avril 2014

Dr Catherine LACROIX
USP /EMSP



S' APPUIE SUR LE PRINCIPE DE DÉMARCHE PALLIATIVE

- Evaluation des besoins et mise en œuvre d'un projet de soins personnalisé
- Projet de prise en charge des patients et des proches
- Réunions pluri professionnelles de discussions de cas de malades
- Soutien des soignants en situation de crise
- Formation au sein des unités de soins





Patients

- Personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale mettant en jeu le pronostic vital quelle que soit la pathologie (cancer, insuffisance d'organe, pathologie neurodégénérative....)
- En phase avancée ou terminale





OBJECTIFS

- évaluation et traitement de symptômes complexes ou réfractaires
- gestion de situations difficiles relevant de l'éthique médicale
- accompagnement des patients et de l'entourage présentant des souffrances morales ou socio-familiales complexes
- hospitalisation à durée programmée pour séjour de répit (épuisement familial.....) , organisation du retour à domicile
- accompagnement de la phase terminale



CS PRÉCOCE, HOSPITALISATION POUR DOULEURS REBELLES , ACCOMPAGNEMENT DE LA PHASE TERMINALE

- Mr C. Robert, 71 ans
- Connu de l'EMSP suivi en CS pour douleurs depuis mai 2011
- Cancer épidermoïde bronchique avec Syndrome de Pancoast Tobias. Reprise évolutive en déc 2012
- Douleurs rebelles scapulaires droites.
- Hospitalisé le 04/12/12 en provenance du domicile
- TDM de l'épaule
- Adaptation ttt opioïdes, introduction de corticoïdes
- Suivi psychologique
- Retour à domicile le 11/12/12
- 4 séjours en USP
- Décédé en USP le 03/04/13





SITUATION DIFFICILE ÉTHIQUE

- Mme T. 70 ans
- Carcinome ovarien au stade de carcinose péritonéale
- Vue par EMSP en oncologie pour demande euthanasie
- Mutation en USP le 07/01/14
- Prise en charge symptomatique (douleurs, reprise du transit, ponctions d'ascite)
- Prise en charge globale
 - Soutien psychologique patiente et proches
 - Toucher-massage
 - Explications sur possibilités de sédation
- Accepte de « continuer à vivre »
- Retour à domicile en HAD le 22/01/14





PROBLÈMES SOCIO-FAMILIAUX COMPLEXES

- Mme R. Isabelle 54 ans
- Probable cancer du sein : refus de toute exploration
- Altération majeure de l'EG : amaigrissement majeur, perte d'autonomie, anorexie, douleurs, ascite
- Une fille de 14 ans à domicile seule avec sa mère (1/2 frère)
- Appel du fils aîné pour hospitalisation le 13/12/13
- Prise en charge symptomatique sans être délétère à trop court terme
- Souhait de Mme R. et du fils d'éviter placement en foyer de la jeune fille
- Demande en urgence au tribunal des affaires familiales
- Suivi psycho patiente et fille
- Décès dans l'unité le 20/12/13



PRISE EN CHARGE PRÉCOCE, HOSPITALISATIONS RÉCURRENTES, ACCOMPAGNEMENT

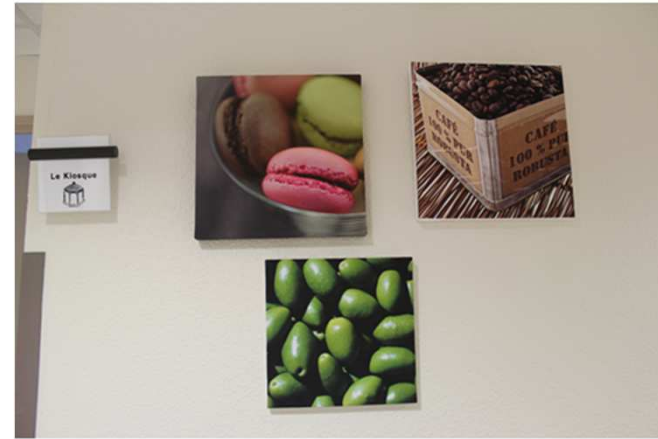
- Madame C. Michèle 73 ans
- Cancer bronchique métastatique de diagnostic récent
- Décision ttt de première ligne

- *Séjour USP du 24/12/12 au 13/01/13 pour douleur, dyspnée, constipation, perte d'autonomie, anxiété et aide RAD+ HAD*
- Aggravation clinique. Arrêt des CT en février 2013

- *Séjour USP du 26/02/13 au 11/03/13 pour prise en charge douleur, dyspnée, anxiété. Sortie EHPAD + HAD*

- *Séjour du 05/04/13 au 12/04/13 pour syndrome confusionnel, douleurs, agitation anxieuse*
- Décision de sédation, soutien familial
- Décès le 12/04/13 dans l'USP.





**Merci de
votre
attention**

