

FORMATION CONTINUE

Patients oncologiques d'âge gériatrique

Besoins et gestion des soins palliatifs

Les patients gériatriques font l'objet de traitements et de soins différenciés en fonction de leur cancer, de son extension, des conséquences de la maladie et des traitements, de leurs compétences physiques, cognitives et fonctionnelles, de leurs comorbidités et de leur contexte psychosocial. Lorsque la situation palliative est avérée, cette diversité s'accroît en raison de la disparité des évolutions, de la fragilisation, des volontés du patient, de ses objectifs et des ressources auxquelles il a accès. La prise en charge se fait «à la carte», basée sur une fine connaissance du patient, une rigueur professionnelle et une créativité liée à l'expérience, dans un champ encore insuffisamment étudié.

Quand la situation est palliative

La prise en charge (PEC) des personnes âgées souffrant d'un cancer solide (non hématologique) est de plus en plus performante et adaptée, dès l'apparition de métastases, elle devient une situation palliative. Il n'est pas aisé d'énoncer cette réalité au patient et à son entourage. Certains oncologues britanniques présentent les équipes de soins palliatifs (SP) à la consultation d'oncologie qui suit le bilan d'extension. En informer le patient lui permet de connaître les thérapies oncologiques ciblées, leurs effets attendus, leurs objectifs et leurs limites. Ceci lui permettra un choix éclairé et une intégration de la PEC palliative au moment opportun. Le médecin oncologue et/ou le médecin traitant ont un rôle-clé à jouer pour rassurer le patient sur tout ce qui peut lui être offert pour tenter de circonscrire la maladie mais aussi d'obtenir la meilleure qualité de vie.

Le consentement éclairé du patient, ou du représentant thérapeutique en absence de capacité de discernement, implique une démarche diagnostique précise et rigoureuse. En faire l'économie engendre une méconnaissance des sources de symptômes et de complications potentielles du patient et nuira à une PEC palliative correcte. Les moyens mis en œuvre doivent être adaptés tout en ne privant pas le patient âgé d'une gestion rigoureuse et efficace.

À la lumière de l'expérience en équipe mobile, le médecin traitant reste le pivot de la PEC afin de permettre au patient de rester



Dr Karine Vantieghem

Aubonne

dans son lieu de vie, que ce soit à domicile ou en EMS. C'est lui qui pourra recenser les ressources du patient (condition physique, entourage, environnement, professionnels à disposition), ses zones de fragilité, de vulnérabilité liées à l'âge (dénutrition, troubles de l'équilibre, troubles cognitifs, isolement...). Sa vigilance portera sur la prévention des chutes, de la confusion, de la polypharmacie.

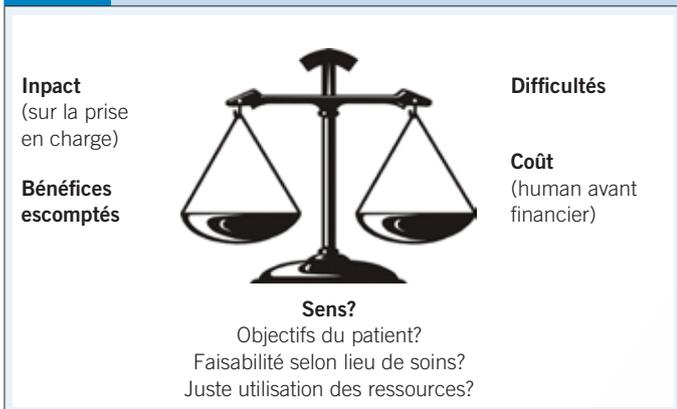
Enfin, la clé de SP de qualité est l'anticipation. Dans un moment de répit de la maladie, hors situation de crise, le temps est propice à la discussion et à la réflexion avec le patient. Ceci peut lui permettre, s'il le souhaite, de rédiger ses directives anticipées et de nommer son représentant thérapeutique.

Quand les besoins en soins palliatifs surviennent

En fonction de l'évolution du cancer, il devient nécessaire d'intégrer les PEC palliative et oncologique sans rupture de continuité, bien avant la dégradation terminale, donc avant que l'oncologue délègue la totalité de la PEC au médecin de premier recours. Les

TAB. 1 Evaluation fonctionnelle gériatrique	
Gériatrique:	AVQ, AIVQ, mini-GDS, nutrition, MMS
Symptômes:	Auto-évaluation: ESAS, échelle des visages, mini-GDS, voire la HAD Si troubles cognitifs ou de la communication, évaluation de la douleur héro-évaluative type ECPA lors d'un soin (pansement, mobilisation, lever, toilette...) et CAM

FIG. 1 Jusqu'où prescrire investigations et traitements?



pression de la souffrance et sa compréhension. Les professionnels non formés en gériatrie ou en SP s'en trouvent démunis. Le médecin oncologue, en partenariat étroit avec le médecin traitant, devra mettre en place des soins adaptés.

Connaître l'objectif du patient pour le futur proche est crucial. L'équipe interdisciplinaire, domiciliaire, institutionnelle ou hospitalière sera alors au service de cet objectif.

La relecture des directives anticipées est souvent utile à ce stade.

Evaluation

L'évaluation fonctionnelle gériatrique permet de jauger le degré de fragilisation de la personne (1) et les impacts des traitements oncologiques (ex: troubles de la marche et de l'équilibre sur une polyneuropathie sur cytostatiques; confusion post-radiothérapie). L'évaluation exhaustive des symptômes est nécessaire afin de les traiter précocement et anticiper leur exacerbation. L'utilisation d'échelles validées (tab. 1) est très utile en complément de l'anamnèse et de l'examen clinique. L'auto-évaluation doit être préférée, y compris chez les patients déments. Un diagnostic différentiel étendu est effectué. Une attention particulière doit être portée au diagnostic de dépression, de confusion « ennemi n°1 » pour les patients gériatriques cancéreux avancés.

Les examens complémentaires ne seront effectués que si leur résultat change la PEC (fig. 1). Ex : calcémie si confusion, IRM si suspicion de compression médullaire, glycémies si stéroïdes. Si le patient refuse catégoriquement un transfert ou un traitement, les investigations ne sont pas effectuées. Toutefois ce n'est pas au médecin ou au soignant de présumer du souhait du patient tant que celui-ci peut s'exprimer ou s'il a un représentant thérapeutique.

Traitements

Les traitements, médicamenteux ou non, seront de plus en plus orientés vers des soins symptomatiques. Ils vont d'une abstention

besoins de soins interdisciplinaires coordonnés deviennent indispensables s'ils n'ont pas déjà été instaurés.

Si le médecin a le devoir d'informer le patient des différentes options raisonnables selon l'atteinte et la réponse aux traitements précédents, seul ce dernier peut se déterminer et choisir. Aborder le sens des investigations et des traitements est délicat car cela implique de parler du pronostic qui s'amenuise, des risques de complications et du décès inéluctable à court ou moyen terme et de ses conditions. L'âge avancé ne prémunit pas de la peur de mourir, de souffrir et de la perte de sens. L'ambivalence est monnaie courante. La souffrance se manifeste de manière rarement explicite, reste masquée pour « ne pas déranger », être placé en EMS ou transféré en hôpital, et se présente sous forme de repli sur soi, de refus de soin ou d'agressivité, en lien avec un symptôme physique (douleur) et/ou psychologique. Les troubles cognitifs faussent l'ex-

TAB. 2 Respect du lieu de fin de vie choisi par le patient

Facteurs favorisant:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Discussion en amont ▶ Médecin(s) qui va à domicile, relais anticipés pour les temps de garde. ▶ Connaissance des médecins ressources pour des questions de soins palliatifs (souvent les cadres de garde des unités hospitalières de soins palliatifs) ▶ Consignes claires données au patient, entourage et soignants ▶ Disponibilité des soignants connue (ex : en EMS : infirmière la nuit ou pas ?), puis adaptation des traitements prescrits selon cette réalité. ▶ Numéros d'urgence connus (médecin, infirmière, entourage) ▶ Médicaments sur place (forme non orale pour les relais de médicaments indispensables à poursuivre : antalgiques, réserves, stéroïdes, antisécroïres scut, si risque de confusion halopéridol scut, si nausées anti-émétique central, si effets secondaires avec volume circulant faible hydratation a minima scut, O₂, ...) ▶ Vigilance des soignants aux symptômes, détection précoce. ▶ Risques connus et acceptés par le patient si choix de rester sur son lieu de vie (ex: mourir seul à domicile) ▶ Lieu d'hospitalisation potentiel prévenu par anticipation si le patient souhaite décéder en milieu hospitalier ou si la probabilité de transfert est élevée. ▶ Parler précocement de la possibilité d'une sédation palliative, y compris à domicile, en cas de symptôme potentiellement réfractaire. Ecrire les consignes relatives diminue le stress de tous. Le choix de la molécule utilisée et sa voie d'administration doit être fait auparavant avec le spécialiste de SP.
Facteurs limitant:	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Absence d'anticipation et de discussion ▶ Absence de médecin se déplaçant au chevet du patient et connaissant la situation ▶ Médication et consignes non présentes en cas de complications (ex : pas d'oxygénothérapie prescrite à domicile chez un patient avec un cancer pulmonaire en phase terminale) ▶ Entourage non préparé ou épuisé ▶ Crises aiguës non anticipées, hors contrôle : détresse respiratoire, agitation psychomotrice notamment nocturne, hémorragie

TAB. 3 Adaptation des voies d'administration	
Fin de vie, attention particulière à apporter :	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Etat buccal, soif ▶ Etat cutané ▶ Poursuite des traitements symptomatiques ▶ Effets toxiques des médicaments. ▶ Préservation de l'afférentation : prothèses auditives, lunettes, horloge, objets du patient, présence des proches ▶ Communication des soignants
Signes d'agonie :	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Pauses respiratoires ▶ Marbrures des membres inférieurs, genoux en premier ▶ Cyanose des extrémités ▶ Visage jauni, pincé ▶ Perte de conscience ▶ Signes vitaux non mesurables en périphérie

totale à des traitements dits invasifs (stent, antalgie interventionnelle) mais toujours au bénéfice du soulagement des symptômes et avec l'accord du patient. Le traitement des comorbidités se fera dans le même esprit. C'est souvent le moment de l'arrêt des traitements préventifs primaires.

La rigueur et les précautions de prescription nécessite parfois le regard du spécialiste : choix et mode d'administration de l'antalgique, des laxatifs, des stéroïdes à dose minimale nécessaire, de molécules psychotropes avec le moins d'impact négatif sur la confusion, les chutes (ex: mirtazapine à doses gériatriques en cas de troubles du sommeil/ anxiété). Une évaluation régulière par les soignants permettra au médecin de réagir rapidement en cas d'effets indésirables ou d'aggravation et d'ajuster le traitement.

Proches

Le conjoint a potentiellement le même âge que le patient et ses propres problèmes de santé. Ses enfants font souvent partie de la génération dite « sandwich » qui s'occupe à la fois des parents âgés malades et des petits enfants. Par affection et loyauté, ils peuvent être au bord de l'épuisement sans se plaindre. Aux professionnels de veiller à leurs limites, de proposer de passer le relais à d'autres proches, à des bénévoles, à des établissements de court séjour. Cela conditionne souvent le maintien à domicile. Leur donner la parole permet de savoir si le souhait du patient quant au lieu de fin de vie pourra être respecté.

Professionnels

Le médecin de premier recours coordonne dès lors les soins au patient et les actions des professionnels (infirmiers, auxiliaires, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, pharmacien, ...). Tous seront confrontés aux prises de décisions difficiles et parfois complexes. Solliciter un avis extérieur spécialisé, par les équipes mobiles de SP, permet de bénéficier de compétences et de soutien dans les domaines de la gestion de symptômes compliqués, physiques et psychiques, des questions existentielles, du dialogue sur la fin de vie, des décisions éthiques, des ressources à disposition. La réflexion sur le lieu de soin approprié à la situation et adapté aux objectifs du patient est enrichie.

Une hospitalisation en unité de SP peut permettre de résoudre une crise, de traiter efficacement des symptômes et ainsi de réintégrer le lieu de vie sans être fatalement synonyme de fin de vie!

Quand la fin de vie approche

Si le choix du lieu de décès est connu, le médecin et les professionnels pourront identifier les facteurs propices ou non à la réalisation du projet du patient (tab. 2).

S'il existe des outils pour des situations données (1), il n'est pas rare que l'on doive sortir de la pratique « lege artis » et faire preuve de flexibilité et d'inventivité aussi bien dans le mode d'administration des médicaments que dans l'adaptation du milieu.

L'adaptation des voies d'administration des médicaments à un symptôme en raison de trouble de la déglutition coïncide fréquemment avec les signes cliniques d'agonie (tab. 3).

Lorsque le patient cancéreux âgé agonisant est hospitalisé, les services de soins aigus parviennent difficilement à respecter le rythme du patient et à procurer un environnement personnalisé et paisible. L'interdisciplinarité indispensable, l'attention aux spécificités du grand âge, les compétences de communication en cas de troubles cognitifs et l'environnement adapté, ne peuvent souvent être trouvées qu'en milieu gériatrique pour les situations standard ou en unités de SP spécialisées pour les situations de fin de vie complexes ou instables.

Conclusion

La PEC palliative des patients oncologiques gériatriques est protéiforme, interdisciplinaire, ciblée sur les objectifs du patient à qui la parole est laissée le plus longtemps possible y compris en présence de troubles cognitifs.

Dr Karine Vantieghem

Ensemble hospitalier de la Côte
CTR Aubonne – Gilly
Rue Trévelin 67, 1170 Aubonne
karine.vantieghem@ehc.vd.ch

+ **Conflit d'intérêts:** L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article

Remerciements

L'auteur tient à remercier les professionnels qui ont enrichi sa réflexion sur le sujet au fil des années, collègues présents et passés, en particulier Madame Françoise Laurent, responsable de l'équipe mobile de soins palliatifs du réseau Santé La Côte, les collaborateurs des unités de réhabilitation gériatrique et de soins palliatifs de l'hôpital d'Aubonne de l'Ensemble hospitalier de la Côte, le Dr Gilbert Zulian, oncologue gériatre, et le service de médecine palliative des Hôpitaux universitaires de Genève.

Références:

1. Guides des soins palliatifs du médecin vaudois – Société vaudoise de Médecine dont n°12: <http://www.svmed.ch/publications/guide-des-soins-palliatifs/>
2. Pallia 10 : http://www.soins-palliatifs-vaud.ch/wp-content/uploads/2013/07/pallia10_12-03-13.pdf
3. CAPP-Info n°52, 53 et 63: <http://pharmacie.hug-ge.ch/infomedic/cappinfo/>

Messages à retenir

- ◆ Connaître le/les objectifs du patient pour ce qui reste de sa vie et sa fin de vie = Donner la parole au patient y compris avec des troubles cognitifs
- ◆ Anticiper
 - Directives anticipées
 - Les ressources à mettre à disposition
 - Les complications potentielles
 - Le matériel et les traitements à prévoir selon les atteintes
 - Le lieu de fin de vie
- ◆ Evaluer rigoureusement les symptômes