

# CORRIGES

## « DOULEURS-SOINS PALLIATIFS-ACCOMPAGNEMENT »

---

### **Dossier Clinique n° 1 : « Douleur »**

**Q1** : Douleur ischémique aiguë de type nociceptif, relève d'un traitement étiologique vasodilatateur et d'un traitement antalgique.

**Q2** : Traitement étiologique : vasodilatateurs ; l'intensité de la douleur (EVA) et la résistance à un antalgique de palier II invitent à utiliser la morphine, seul opioïde qui ait l'AMM dans la douleur non cancéreuse.

Deux modalités peuvent se discuter :

- morphine orale : morphine à libération immédiate, titration progressive (détailler) ;
- titration morphine injectable (bolus de 2 mg toutes les 5 min) et relais auto- administration PCA.

Dans tous les cas, mise en place d'une évaluation périodique de la douleur par EVA.

**Q3** : Les nausées et les vomissements sont des effets indésirables fréquents des opioïdes forts. Ils relèvent d'un traitement correcteur (métoprololamide [Primpéran®]). Le recours à la voie parentérale pour administrer la morphine est nécessaire.

**Q4** : morphine IV systématique + auto-administration (« PCA »).

**Q5** : douleur de type neuropathique, habituellement peu sensible aux antalgiques ; savoir donner des explications des mécanismes.

**Q6** : Importance de l'appareillage et de la rééducation. Les morphiniques sont sans efficacité (réévaluer) ; prévoir leur arrêt : diminution progressive par palier de 30 à 50 %. Mise en route d'un traitement de la douleur neuropathique : antidépresseurs tricycliques. Penser à proposer si besoin la neurostimulation (« TENS »)

### **Dossier Clinique n° 2 : « Douleur »**

**Q1** : Douleur à type de décharge électrique, affectant une des branches du nerf trijumeau, évoluant par poussées et par rémissions spontanées.

**Q2** : recherche d'une zone gâchette cutanéomuqueuse ; examen neurologique normal.

**Q3** : aucun car âge et clinique typiques.

**Q4** : toxidermie grave à la carbamazépine (syndrome de Stevens-Johnson) ; arrêt immédiat du traitement. Hospitalisation en milieu dermatologique.

**Q5** : au choix : baclofène (Lioresal®), phénytoïne (Dihydant®), gabapentine (Neurontin®).

**Q6** : procédure percutanée ou irradiation en condition stéréotaxique (= radiochirurgie = « gamma-knife ») .

### **Dossier Clinique : « Soins Palliatifs »**

**Q1** : Identification des problèmes :

- Analyse attentive du dossier du malade : examiner toutes les données d'un dossier médical bien documenté ;
- Bilan de situation d'un patient et de ses proches :
  - permettre à chaque personne d'*exprimer ses problèmes principaux* : physiques, sociaux ou psychologiques,
  - savoir écouter le désir de soin du malade et le vécu de sa famille.

Stratégie d'identification des problèmes :

- ne pas interrompre le patient,
- récapituler les problèmes,
- explorer de manière approfondie chaque problème et permettre de déterminer la façon dont le patient le perçoit et réagit face à lui,
- s'assurer que le patient est en mesure de supporter de parler de tel ou tel problème (« puis-je vous demander comment va votre moral ? »)

Démarche d'équipe : appréciation de la situation par les différents membres de l'équipe : médicale, infirmière, assistante sociale...

**Q2** : Démarche médicale repose sur

- des indicateurs *objectifs* : Cockroft...
- des indicateurs *subjectifs* : Qualité de vie (avant la découverte du myélome, depuis et aujourd'hui : comment sont ressenties les manifestations douloureuses, la dyspnée, la fatigue...).

Démarche diagnostique doit s'interroger à chaque étape sur la *pertinence* des investigations diagnostiques :

- principe de futilité,
- analyse du rapport bénéfice/risque,
- impact prévisible des résultats sur les différentes options thérapeutiques.

Démarche pronostique : réunir des éléments de connaissance pronostique

- en termes statistiques (données bibliographiques, exemple : survie à 5 ans dans une population de patients âgés hémodialysés / myélome et insuffisance rénale...),
- pour le patient en question : âge (physique et physiologique), co-morbidité (rétrécissement aortique, myélome), indice de Karnovsky,
- Déterminer si l'on est dans la phase curative, palliative « active », palliative symptomatique ou dans la phase terminale.

**Q3** : - Pronostic médical,

- Qualité de vie passée, actuelle, prévisible avec ou sans hémodialyse,
- Information médicale à la patiente et à son fils (modalités de l'information, pas à pas, respectueuse de la personne confrontée à la maladie grave, respectant ses mécanismes de défense),
- Faire émerger les préférences de la patiente, du fils,
- Discussion en équipe.

- Q4 :** - Enjeux éthiques : exercice de la responsabilité médicale confronté à des obligations susceptibles d'être contradictoires : éthique du soin / éthique de la précaution ou de la gestion des risques ; ne pas confondre droits des patients et transmission routinière, exhaustive, d'informations ; permettre au patient d'exprimer ses préférences ne revient pas à le laisser porter la responsabilité de choix difficiles pour le médecin.
- Contexte réglementaire : *code de déontologie de 1995* « devoir d'information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose... toutefois dans l'intérêt du malade, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic grave... un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection... » *loi du 4 mars 2002* sur les droits des malades et la qualité du système de santé.
- Q5 :** - Douleurs : évaluation qualitative des caractères cliniques de la douleur et de leurs répercussions (notamment sur le sommeil, l'humeur) suivie d'une appréciation quantitative (choix de l'outil, intérêt dynamique). Choix d'un antalgique d'un palier adapté à l'intensité douloureuse.
- Dyspnée : appréciation de la gravité (cyanose, tirage...), des mécanismes (d'origine cardiaque par surcharge, ou pulmonaire : existence d'un facteur infectieux, atcd respiratoires ? bronchospasme ? ...). Mesures médicamenteuses et non médicamenteuses (position assise, circulation d'air, réassurance, oxygénothérapie, masso-kinésithérapie...)
  - Vomissements : mécanismes (augmentation de l'urée, troubles hydro-électrolytiques ou métaboliques, digestifs : notion du transit intestinal...)

Chaque symptôme doit faire l'objet d'une évaluation attentive permettant le choix approprié de traitements correctifs ; les traitements, introduits à dose très prudente compte tenu de l'âge et l'insuffisance rénale, doivent être très régulièrement ré-évalués quant à leur efficacité et tolérance (sommolence, bradypnée...).