

## Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie : Les crises en fin de vie.

### • Crises douloureuses en fin de vie •

<b>Avertissement</b>	<p>Il existe en soins palliatifs des situations particulièrement complexes. Il s'agit en particulier de certaines détresses en fin de vie : hémorragies cataclysmiques, asphyxie, souffrance rebelle, douleur non contrôlable...</p> <p>Il est essentiel alors :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de vérifier que la personne est bien en phase terminale,</li> <li>- d'anticiper chaque fois que possible une telle détresse,</li> <li>- de prévoir des temps de concertation en équipe pluridisciplinaire, en amont.</li> </ul> <p>La Loi "relative aux droits des malades et à la fin de vie" (Loi dite « Leonetti » du 22 avril 2005) donne des repères importants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le droit du malade au refus de tout traitement</li> <li>- Le droit du malade au refus de l'obstination déraisonnable.</li> <li>- Le devoir pour le soignant de ne pas poursuivre des actes disproportionnés et futiles.</li> <li>- Le principe des directives anticipées et la place de la personne de confiance.</li> <li>- L'obligation qui est faite aux soignants <b>d'anticiper</b>, de se <b>concerter</b>, de s'appuyer sur une démarche <b>pluridisciplinaire</b> et <b>collégiale</b>, (décret du 6 février 2006), d'argumenter les décisions, et de les écrire dans le dossier du patient.</li> <li>- L'obligation également de poursuivre les Soins Palliatifs même si d'autres soins sont arrêtés.</li> </ul> <p><b>Toutes ces situations ne doivent en aucun cas aboutir à des décisions isolées, ou répondant à des conduites à tenir standardisées, ou encore être prise sans discernement et recul.</b></p>
----------------------	--

<b>Objectifs</b>	Assurer le meilleur confort possible dans ces situations de crises en fin de vie.
	Améliorer en fin de vie la prise en charge des crises difficiles.
	Diminuer les crises douloureuses en fin de vie.

<b>Définition</b>	Il s'agit bien de l'exacerbation d'un phénomène douloureux chez quelqu'un dont la douleur était gérée.
	Les crises douloureuses en fin de vie ont souvent une origine mixte : apparition pendant quelques jours de douleurs neuropathiques, quelques fois à type d'allodynie diffuse (douleur déclenchée par une stimulation non douloureuse habituellement comme le toucher).

Date de première édition :	Mars 2006
Actualisation le :	06 février 2008
Par :	Dr. Christophe PETITJEAN
Validée par le Groupe de Travail : mars 2008	

## Prise en charge des symptômes gênants de l'adulte en fin de vie : Les crises en fin de vie – Crises douloureuses en fin de vie.

<b>Population et contexte particulier</b>	<p><b>A. Principes Généraux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La plupart des crises de la phase terminale peuvent être anticipées : cette démarche d'anticipation est fondamentale, elle nécessite une évaluation de la situation des symptômes, une réflexion, une prise en compte en équipe pluridisciplinaire, le cas échéant des prescriptions anticipées.</li> <li>○ les prescriptions anticipées nominatives sont légalement autorisées : elles s'adressent à une personne précise dans un contexte précis.</li> <li>○ L'utilisation de protocoles est une alternative possible : dans ce cas, il faut préciser dans quel contexte et à quel moment ce protocole va être utilisé.</li> <li>○ Toute démarche entreprise doit être évaluée, et peut être remise en cause.</li> <li>○ Il est recommandé que pour toute situation de détresse en phase terminale difficile, un temps de "débriefing" soit organisé avec l'équipe, et si besoin des intervenants extérieurs, pour réguler les conséquences dans l'équipe et prendre le recul nécessaire pour les situations suivantes.</li> </ul> <p><b>B. Aspects Pratiques</b></p> <p>Il faut utiliser les traitements à visée nociceptive et neuropathique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A visée nociceptive :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- renouveler les entredoses de morphiniques toute les 10-15 min en IV, toutes les heures en per os ou Ss-Cut jusqu'à diminution de la douleur</li> <li>- changer la voie d'administration en utilisant préférentiellement une voie parentérale : sous-cutanée, voie intraveineuse quand c'est possible</li> <li>- ne pas hésiter à procéder à une "rotation" des opioïdes (changement de molécule en se référant au tableau d'équianalgésie)</li> </ul> </li> <li>○ Pour les douleurs neuropathiques :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- LAROXYL® (Amitriptyline) en gouttes ou en mini-perfusion à dose progressivement croissante en commençant à 50 mg par jour et en augmentant de 25mg par jour.</li> <li>- L'efficacité du RIVOTRIL® (Clonazépam) n'a fait l'objet d'aucune étude contrôlée. Ainsi, il est conseillé d'utiliser plutôt le LYRICA® (Prégabaline) ou NEURONTIN® (Gabapentine).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Références</b>	<p>Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, ANAES, décembre 2002</p> <p>Soins palliatifs : spécificités d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques, recommandations de l'AFSSAPS, médecine palliative, avril 2003, n°3</p> <p>La sédation pour détresse en phase terminale, recommandations de la SFAP, médecine palliative, octobre 2002, n°1</p> <p>Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits du malade en fin de vie</p> <p>UPSA : Douleurs neuropathiques, 2000, p. 133</p> <p>Recommandations soins palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques</p> <p>Revue Douleurs, Vol 8 - N° S1 - Octobre 2007, p. 39</p>

	A Paraître : Recommandations professionnelles sur la prise en charge des douleurs neuropathiques (SFETD)
--	--