

MedWiki-DZ (<https://www.medwiki-dz.com/>)

Soins palliatifs dans le cancer bronchique

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:36

MedWiki-DZ :

Soins palliatifs dans le cancer bronchique

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:soins_palliatifs_dans_le_cancer_bronchique

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:36** - Imprimé le : **2026/01/24 15:32**



Table des matières

Soins palliatifs dans le cancer bronchique	1
Soins palliatifs dans le cancer bronchique	3
1. Introduction	3
2. Concept et domaine d'application	3
3. Professionnels concernés	3
4. Principes de prise en charge	4
5. Modalités de prise en charge	4
5.1. Symptômes	4
5.1.1. Douleur	4
5.1.2. Dyspnée	4
5.1.3. Toux, encombrement et râles de l'agonie	5
5.1.4. Hémoptysie	5
5.1.5. Anorexie	5
5.1.6. Confusion mentale	5
5.2. Désordres métaboliques	6
5.2.1. Hypercalcémie maligne	6
5.2.2. Hyponatrémie	6
5.3. Autres symptômes	7
6. Techniques de désobstruction bronchique	7
7. Traitements particuliers à certaines extensions métastatiques	7
7.1. Métastases osseuses	7
7.2. Métastases cérébrales	8
7.3. Compression médullaires	8
7.4. Pleurésies et péricardites	8
7.5. Compression de la veine cave supérieure	8
8. Traitement des effets toxiques liés aux thérapeutiques	8
8.1. Toxicité hématologique	9
8.2. Toxicité digestive	9
8.3. Poumon post-radique	9
9. Prise en charge des problèmes sociaux et familiaux	10
10. Besoin spirituels	10
11. Phase terminale et agonie	10
12. Conclusion	10

Soins palliatifs dans le cancer bronchique

1. Introduction

- Soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et prodigués par une équipe pluri-disciplinaire
- Approche globale et individualisée, avec pour objectifs :
 - Soulager et prévenir les symptômes (douleur+++)
 - Anticiper les complications
 - Prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels
 - Dans le respect de la dignité du malade
- Éviter les investigations et traitements déraisonnables, refuser de provoquer intentionnellement la mort
- Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel

2. Concept et domaine d'application

- Situations imposant un traitement symptomatique et/ou palliatif :
 - Extension locorégionale
 - Extension métastatique
 - Problèmes généraux : douleurs, anorexie, confusion mentale, désordres métaboliques
 - Effets secondaires et toxicités des médicaments
- Les critères objectifs et les limites de la phase de soins palliatifs ne peuvent être fixés avec précision ; ils peuvent très bien être imbriqués avec les soins spécifiques, les précéder, ou être temporaires

3. Professionnels concernés

- Médecins (généraliste, spécialiste)
- Infirmiers
- Aides-soignants
- Kinésithérapeutes
- Psychologues
- Assistantes sociales
- Ergothérapeutes

4. Principes de prise en charge

- Confort, libre arbitre et dignité
- Prise en compte de la souffrance globale (douleur, altération de l'image, psychologie, dépendance, vulnérabilité, fatigue, marginalisation réelle ou imaginaire...)
- Évaluation et suivi de l'état psychique
- Information et communication avec le patient et les proches
- Traitement étiologique autant que possible
- Prévenir et soulager les symptômes
- Maintenir le patient valide au maximum (éviter les sondes et perfusions autant que possible)
- Préserver les facultés intellectuelles (éviter les traitements sédatifs autant que possible)
- Soulager est toujours une urgence
- Coordination et continuité des soins
- Préparer la phase terminale et l'agonie (lieu et moyens de prise en charge, préparer les proches)
- Préparer le deuil (informer sur la maladie et le pronostic)

5. Modalités de prise en charge

5.1. Symptômes

5.1.1. Douleur

[Voir le cours](#)

5.1.2. Dyspnée

- Sensation subjective d'inconfort respiratoire avec impression de "soif d'air"
- Causes essentiellement : tumorale, cardiaque, infectieuse, métabolique
- Rechercher les signes cliniques de gravité
- Hypoxie confirmée avec SpO₂ ou gaz du sang
- Traitement symptomatique (selon contexte clinique) :
 - Compression (aérienne ou vasculaire VCS) ou lymphangite ⇒ corticoïdes
 - Anxiété ⇒ benzodiazépine
 - Composante obstructive ⇒ bêta-2 mimétiques
 - Sécrétions bronchiques abondantes ⇒ réduire les apports, voir (si ça ne suffit pas) anticholinergiques sous cutané (attention aux effets secondaires, ne pas utiliser en aérosol, traiter la sécheresse buccale)
 - Hypoxie ⇒ oxygénothérapie

- Si ces traitements ne marchent pas : opioïdes
 - Patient déjà sous opioïdes (antalgiques) : augmenter de 20-30%
 - Si on : débiter à la moitié de la dose recommandée
 - Surveillance basée sur la FR : doit baisser à 20-30 c/mn
- Dyspnée asphyxiante ⇒ morphine + benzodiazépine

5.1.3. Toux, encombrement et râles de l'agonie

- En l'absence de traitement étiologique ⇒ fluidifiants, humidification et kinésithérapie +/- aspiration
- Mauvais état général ou phase terminale (pas la force d'expectorer) ⇒ assèchement des sécrétions (scopolamine injectable 0,25-0,50 mg SC ou IV /4-8h ou continu ; ou en patch)
- Toux sèche ⇒ antitussifs, codéine, morphiniques

5.1.4. Hémoptysie

- Minimales ⇒ coagulants simples : Dicynon®, Capramol® ou Exacyl®
- Abondantes ⇒ vasopressine, glypressin, terlipressine ; durée maximale = 5 jours
 - Contre-indications : choc septique, IDM ou AVC récent, grossesse, HTA (relative)
 - Effets secondaires : digestifs (douleurs, nausées, vomissements, diarrhées), vasculaires (HTA), métaboliques (hyponatrémie)
 - Ces traitements sont efficaces (sauf stades terminales), en attendant une chirurgie ou intervention endoscopique hémostatique

5.1.5. Anorexie

- Problème très fréquent, causes variables
- Peut être transitoire (chimiothérapie, radiothérapie)
- Élément anxiogène important, surtout en phase terminale
- Peut être corrigée, au moins partiellement par :
 - Corticoïdes
 - Progestatifs à forte dose : Farlutal® injectable 500 mg/j IM pendant 4 semaine, puis 3x/semaine

5.1.6. Confusion mentale

Causes les plus fréquentes :

- Infection
- Traumatismes crâniens
- Métastases cérébrales
- AVC

- Effets secondaires des antimitotiques (ifosfamide)
- Insuffisances cardiaque et respiratoire
- Causes métaboliques : hypercalcémie, hyponatrémie, hypoglycémie, insuffisance hépatique...
- L'inconfort (rétention aiguë d'urines, mauvaise position dans le lit) peut suffire à expliquer un état d'agitation
- Drogues psychotrope (revoir la posologie et/ou la nature)

5.2. Désordres métaboliques

5.2.1. Hypercalcémie maligne

- Observée dans 10-15% des cancers bronchiques, surtout les carcinomes épidermoïdes
- Due à une augmentation de la résorption osseuses (effet de médiateurs sécrétés par la tumeur)
- Symptômes : déshydratation, anorexie, nausées, troubles psychiques (asthénie, confusion voir coma)
- Traitement :
 - Réhydratation +++ (2-3 L/j) ; +/- furosémide (si signes de surcharge)
 - Avant : hyper-hydratation (diurèse sodée $\Rightarrow$ $\downarrow$ calcium), corticoïdes, calcitonine (effet très rapide, toujours utile dans les formes sévères), mithramycine
 - Bisphosphonates :
 - Puissants inhibiteurs de la résorption osseuse ; ont révolutionné la prise en charge
 - Etidronate (Didronel®), Clodronate (Clastoban®), Pamidronate (Arédia®) ; seul les 2 premiers sont per os

5.2.2. Hyponatrémie

- Syndrome de *Schwartz-Bartter* : sécrétion inappropriée d'ADH $\Rightarrow$ cause la plus fréquente = CPC
- Hyponatrémie < 130 mmol/L, hypo-osmolalité plasmatique, natriurèse conservée (> 25 mmol/L)
- Impossibilité de diluer les urines $\Rightarrow$ Osmolalité urinaire $>$ plasmatique
- Clinique (inconstante) essentiellement neuropsychique : agitation, confusion, nausées, vomissements, voir convulsions et coma
- Traitement :
 - Restriction hydrique (< 1 L/j)
 - Perfusions de SSI + furosémide
 - Déméthylchlortétracycline (Ledermycine®) : interfère avec l'action rénale de l'ADH ; 900 à 1200 mg/j $\Rightarrow$ améliore la natrémie en attendant l'effet de la chimiothérapie

5.3. Autres symptômes

1. **Anxiété, asthénie, dépression :**

- Accompagnement psychologique +++
- Benzodiazépine à demi-vie courte
- Anti-dépresseurs (critères de prescription)

2. **Asthénie :** corticothérapie de courte durée peut améliorer, en l'absence de traitement étiologique (douleur, psychasthénie, anémie, dénutrition...)

3. **Escarres :** prévention +++

6. Techniques de désobstruction bronchique

- Indications : patients ne pouvant pas bénéficier d'un geste chirurgical, tumeur obstructive ou hémorragique

1. **Laser**

2. **Cryothérapie**

3. **Photothérapie**

4. **Prothèses**

5. **Curiethérapie**

Voir le cours [Endoscopie interventionnelle](#)

7. Traitements particuliers à certaines extensions métastatiques

7.1. Métastases osseuses

- Donnent souvent une ostéolyse douloureuse résistant au traitement médical
- Radiothérapie : traitement de choix
 - Inclure les parties molles avoisinantes (souvent envahies)
 - 3 Gy par séance, 10 séances
- Bisphosphonates :
 - Clastoban® oral : 2 gel 2x/j
 - Arédia : 90 mg dans 250-500 cc SGI en 2 à 6h, chaque mois

7.2. Métastases cérébrales

1. CBNPC :

- Radiothérapie encéphalique (30 Gy en 2 séances)
- Corticoïdes
- Anticonvulsivants
- Métastase unique : discuter résection +/- irradiation

2. CBPC :

- Métastases généralement multiples, sensibles à la radio-chimiothérapie
- D'abord chimiothérapie ; radiothérapie si symptomatique (si asymptomatique : radiothérapie n'a pas d'intérêt sur la survie globale et les symptômes globaux)

7.3. Compression médullaires

- Relativement rares (3,5-13% des CBPC)
- Traitement non codifié (laminectomie décompressive, radiothérapie, corticoïdes)

7.4. Pleurésies et péricardites

- Symphyse pleurale (justifiée si récurrence et grande abondance) : talcage ou infection de tétracycline ou bléomycine (talcage plus efficace)
- Doit être proposée précocement (pour permettre une bonne expansion pulmonaire)
- Péricardite : drainage suffit souvent à tarir définitivement l'épanchement ; création de fenêtre péricardique dans la plèvre

7.5. Compression de la veine cave supérieure

- CPC : régression rapide sous chimiothérapie ; anticoagulant nécessaire jusqu'à là
- CNPC : corticoïde + anticoagulants nécessaires et prolongés en attendant la réponse à la radio +/- chimiothérapie
- S'il survient chez un patient déjà irradié : seul traitement = corticoïdes + anticoagulation
- Si risque de saignement (bourgeon endobronchique) : on laisse le patient sous héparine
- Ces traitements communément prescrits, n'ont jamais été évalués

8. Traitement des effets toxiques liés

aux thérapeutiques

8.1. Toxicité hématologique

Tous les cytotoxiques sont myélosuppresseurs (les 3 lignées)

1. Anémie :

- Source d'asthénie si Hb < 10 g/dl
- Transfusions ; stimulateurs de l'érythropoïèse

2. Thrombopénie :

- Accidents hémorragiques quand PLT < 30.000/mm³
- CUP 1U/10kg

3. Leuconeutropénie :

- À l'origine de complications infectieuses, quand le compte des PNN est < 500/mm³ ; d'abord bactériennes, puis fongiques dans un second temps
- Traitement : antibiothérapie
 - Empirique (germe identifié dans seulement 40-50% des cas), adaptée aux germes les plus fréquents : BGN, staphylocoques, streptocoques... ⇒ Augmentin + Ciprofloxacine ; C3G + Aminoside
- Prévention : facteurs de croissance
 - G-CSF ou GM-CSF
 - Diminuent la durée des neutropénies sévères, sans prévenir la toxicité sur les autres lignées (voir même peuvent induire une thrombopénie dans certains cas)

8.2. Toxicité digestive

Nausées et vomissements chimio-induits sont l'un des effets secondaires les plus redoutés

- **Métoclopramide** : premier à avoir démontré une supériorité au placebo, à forte dose (2 mg/kg en cinq doses par 24h) ; contrôle amélioré en ajoutant **corticoïdes** et **benzodiazépines**
- **Ondansétron** : antagoniste spécifique des récepteurs 5-HT³ ; dose entre 8 et 32 mg, selon les patients
- **Granisétron** : dose unique de 3 mg IV (chez un patient de 75 kg) au cours des 24 premières heures du traitement
- **Tropisétron**

8.3. Poumon post-radique

- Les complications sont le plus souvent tardives (3-6 mois), mais peuvent être précoces

- (jours/semaines) ; souvent spontanément résolutives
- Risque d'autant plus grand que la quantité de tissus sains irradiés est importante
- *6 premiers mois* : lésions inflammatoires (œdème, dépôts fibrineux alvéolaires, formation de membranes hyalines et desquamation cellulaire)
- *Au delà* : lésions fibreuses au niveau des septa intra-alvéolaires, avec diminution du calibre bronchique
- Corticoïdes en préventif : efficace sur modèles animaux (mais risque de rebond à l'arrêt)
- En cas de lésions : corticoïdes à fortes doses avec diminution très progressive
- Fibre : traitement symptomatique

9. Prise en charge des problèmes sociaux et familiaux

10. Besoin spirituels

Accompagnement éclairé et assistance effective dans le respect des convictions (philosophiques et religieuses), de l'intimité et du secret médical

11. Phase terminale et agonie

La phase terminale peut durer plusieurs jours, alors que l'agonie est souvent définie par les 48-72h précédant la mort :

- Alimentation parentérale plus nécessaire
- Réhydratation
- Soulager la douleur +++ : antalgiques à action rapide
- La dyspnée : benzodiazépine à dose anxiolytique non hypnotique et morphine
- Syndrome confusionnel : benzodiazépine +/- neuroleptique

12. Conclusion

- Soins palliatifs = approche globale de la personne : physique, psychologique, sociale, spirituelle
- Communication avec le patient et l'entourage +++