

Deuxième Chapitre

Soulagement des inconforts et des symptômes
en soins palliatifs

Douleur

Définition de la douleur globale : la douleur physique et la souffrance c'est-à-dire tous les impacts psychologiques ont comme résultante la douleur globale. **La douleur est subjective**. Elle est ce que le patient affirme qu'elle est, et non ce que les autres croient qu'elle devrait être.

Types de douleur :

1) Nociceptive : **Somatique** : douleur la plus fréquente chez les patients en oncologie (douleur constante, profonde, bien localisée). Ex. : métastases osseuses, plaie chirurgicale
Traitement pharmacologique : AINS, acétaminophène, opiacé.

Viscérale : douleur souvent référée à des sites cutanés distants (difficilement localisable, profonde, référée à distance, souvent associée à des nausées)
Ex. : occlusion intestinale, migraine, métastases hépatiques. Traitement pharmacologique : AINS, acétaminophène, stéroïde, opiacé, anticholinergique.

2) Neurogène : **Simple** : compression nerveuse par une tumeur ou œdème (douleur d'intensité variable à sévère, intermittente ou constante). Ex : hernie discale Traitement pharmacologique : AINS, acétaminophène, opiacé, anticonvulsivant.

Accompagnée : destruction axonale partielle par la tumeur (douleur à fleur de peau, picotement, brûlure). Ex. : Métastases osseuses avec envahissement radiculaire). Traitement pharmacologique : stéroïde, tricyclique, antiarythmique, opiacé, anticonvulsivant.

Désaffectation : élancement, brûlure, choc électrique (douleur en salve, très sévère, difficile à maîtriser). Ex. : néo poumon, envahissement plexus brachial. Traitement pharmacologique : stéroïde, anticonvulsivant, antiarythmique, opiacé.

Évaluation de la douleur : l'outil choisi pour évaluer la douleur est le PQRST. Cet outil est déjà utilisé dans notre centre hospitalier. L'infirmière décrit la douleur comme suit :

- P : Précipite, pallie
- Q : Qualité
- R : Région
- S : Sévérité
- T : Temps
- I : Impact sur les AVQ

L'intensité se mesure avec une échelle de 0 à 10, 0 représente l'absence de douleur et 10 représente la douleur la plus insupportable. L'évaluation de la douleur est consignée dans ARIANE.

Évaluation de la douleur chez le patient avec atteinte cognitive :

Éléments d'observation :

- 1) Gestes de retrait à la mobilisation
- 2) Grimaces
- 3) Grognements
- 4) Froncements de sourcils
- 5) Agitation
- 6) Abus inhabituel de langage
- 7) Difficultés inhabituelles à faire manger
- 8) Agressivité inhabituelle
- 9) Tout autre signe d'inconfort

Interventions de l'infirmière :

- ⊙ Administrer de façon rigoureuse toute la médication analgésique prescrite sur une base régulière.
- ⊙ Administrer les entre doses lorsque le patient est non soulagé avec la médication analgésique régulière.
- ⊙ Enseigner au patient la médication qu'il reçoit : médication, horaire, effets secondaires, etc.
- ⊙ Demeurer disponible pour répondre aux questions du patient et de sa famille en lien avec la médication (croyances, peurs, etc.).
- ⊙ Évaluer les effets de la médication : avant et après son administration.
- ⊙ Surveiller les autres composantes de la douleur comme l'anxiété : répondre au besoin du patient pas seulement par la médication : rassurer, reconforter, etc.
- ⊙ Proposer d'autres interventions non-pharmacologiques : l'application de chaleur ou de froid, l'imagerie mentale, le massage, etc.

Pour plus d'informations sur la médication et sur les voies d'administration des médicaments : se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008. Ce document est disponible sur l'unité.

Prurit

Définition : démangeaison.

Causes :

- ⊙ Hyperbilirubinémie
- ⊙ Urémie
- ⊙ Dermatite
- ⊙ Réactions allergiques médicamenteuses
- ⊙ Sécheresse des téguments

Interventions de l'infirmière :

- ⊙ Administrer la médication adéquate pour soulager le patient (antihistaminiques systémiques ex. : Atarax).
- ⊙ Appliquer une lotion hydratante.
- ⊙ Appliquer une lotion antiprurigineuse.
- ⊙ Réévaluer avec le médecin le choix de l'opiacé si les symptômes de prurit sont trop importants.

Pour plus d'informations sur la médication et sur les voies d'administration des médicaments : se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008. Ce document est disponible sur l'unité.

Ankylose

Cause : inactivité reliée à l'asthénie ou à la diminution de la fréquence des mobilisations, lorsque ces dernières provoquent de la douleur.

L'ankylose peut amener plusieurs problèmes chez le patient dont le **syndrome d'immobilité**.

Définition du **syndrome d'immobilité** : complications causées par le décubitus (alitement prolongé).

Plusieurs problèmes peuvent apparaître chez le patient :

- ⊙ **Escarres** : une pression prolongée entraîne une fermeture des capillaires. Cette fermeture provoque une souffrance et une nécrose des tissus.
- ⊙ **Fonte musculaire** : une diminution de l'activité musculaire entraîne une diminution de la masse musculaire.
- ⊙ **Phlébite** : l'alitement s'accompagne d'une diminution de l'activité musculaire ce qui entraîne une stase sanguine. Les phlébites surviennent aux membres inférieurs et expose aux risques d'embolies pulmonaires.
- ⊙ **Hypotension orthostatique** : risque de chute lors du levé.
- ⊙ **Désadaptation posturale** : le patient adopte souvent une mauvaise position debout.
- ⊙ **Désadaptation à l'effort** : le patient est plus essoufflé à l'effort, car il a une perte de capacité vasculaire.
- ⊙ **Respiration** : risque plus élevé d'infection pulmonaire.
- ⊙ **Vésicale** : rétention urinaire plus élevée ce qui augmente les risques d'infection.
- ⊙ **Digestive** : constipation avec possibilité de fécalome.
- ⊙ **Ostéoporose** : l'alitement entraîne une perte de stimulation des os lié à l'immobilité.

Interventions de l'infirmière :

- ⊙ Mobiliser le patient chaque 2 heures ou plus souvent (PRN).
- ⊙ Faire des exercices passifs et ou actifs des 4 membres TID ou QID.
- ⊙ Frictionner ou faire des massages avec de la crème hydratante ou médicamenteuse.
- ⊙ S'assurer d'un bon alignement corporel lors des mobilisations.

Agitation, Confusion et Délirium

Définitions :

Agitation : état de perturbation dans lequel il est souvent difficile d'entrer en contact avec le malade.

Les causes sont multiples :

- ⊙ Difficulté respiratoire
- ⊙ Douleur
- ⊙ Anxiété
- ⊙ Hallucination
- ⊙ Rétention urinaire
- ⊙ Constipation
- ⊙ Hémorragie interne
- ⊙ Sevrage
- ⊙ Débalancement biochimique (ex. : Hypercalcémie)

Il est important que l'infirmière évalue la cause de l'agitation et intervient de façon appropriée rapidement.

Confusion : le terme confusion est le plus couramment utilisé pour décrire une multitude de troubles cognitifs. Il peut y avoir chez le patient en soins palliatifs, une altération du niveau de conscience ou des désordres de nature perceptuelle. Il est souvent plus approprié de parler de **Délirium**.

Délirium : critères selon le DSM-IV

1. Perturbation du niveau de conscience de son environnement caractérisée par une diminution de la capacité à se concentrer, soutenir ou modifier son attention.
2. Atteinte cognitive ou désordre perceptuel qui ne sont pas causés par une démence préexistante ou évolutive.
3. Apparition du problème dans une courte période et tendance à la fluctuation des symptômes au cours d'une journée.
4. Selon l'anamnèse, examen physique ou les résultats d'examen para cliniques le delirium est dû :
 - a) une ou plusieurs conditions médicales
 - b) une intoxication ou à un sevrage
 - c) une combinaison de a et b

Les formes de délirium :

1. Hyperactif : agitation, hyperactivité, hyper vigilance, tachypsychie, trouble des perceptions, syndrome de sevrage.
2. Hypoactif : diminution de la vigilance, ralentissement, léthargie, somnolence, stupeur, absence, lenteur à répondre, encéphalopathie.
3. Mixte : Les deux types de délirium se présentent en alternance pendant la journée.

Les causes physiologiques :

- ⊙ Atteinte cérébrale
- ⊙ Encéphalopathie métabolique
- ⊙ Débalancement électrolytique
- ⊙ Infection
- ⊙ Anomalie hématologique
- ⊙ Perturbation endocrinienne
- ⊙ Désordre nutritionnel

Les causes médicamenteuses :

- ⊙ Narcotique
- ⊙ Benzodiazépan
- ⊙ Corticostéroïde
- ⊙ Anticholinergique
- ⊙ Antinéoplasique
- ⊙ Autres

De 8 % à 85 % des patients en phase avancée de cancer en sont atteints. 52 % des patients en phase terminale en sont victimes.

Interventions de l'infirmière :

- ⊙ Considérer le délirium comme un symptôme urgent.
- ⊙ Surveiller les signes de confusion qui apparaissent souvent la nuit dans les débuts du délirium.
- ⊙ Favoriser la présence d'un membre de la famille pour réassurer le patient.
- ⊙ Comparer le comportement à celui décrit dans les notes antérieures.
- ⊙ Valider avec les collègues leur perception du comportement du patient.
- ⊙ Explorer avec les proches leur perception du comportement du patient.
- ⊙ Discuter en équipe la pertinence de renverser le délirium.
- ⊙ Réorienter le patient dans le temps et l'espace.
- ⊙ Créer un environnement familial.
- ⊙ Enseigner à la famille les signes et les symptômes du délirium.
- ⊙ Demander à la famille de ne pas être trop nombreux dans la chambre pour éviter la sur stimulation.
- ⊙ Corriger les facteurs réversibles : déshydratation, nutrition, port de lunettes ou d'appareils auditifs.
- ⊙ Faire des techniques de relaxation avec le patient (massage, etc.).
- ⊙ Assurer la continuité des soins.
- ⊙ Réviser le plan de soins et faire le bilan de la médication prescrite.
- ⊙ Créer un environnement sécuritaire.
- ⊙ Éviter les contentions.
- ⊙ Travailler en partenariat avec la famille.
- ⊙ Qualifier les capacités de la famille.
- ⊙ Utiliser un ton calme et rassurant.
- ⊙ Répéter le nom du patient régulièrement.
- ⊙ Éviter les mouvements brusques et la stimulation.
- ⊙ Une fois l'épisode résorbé, si le patient se souvient de ce qui s'est passé, être à l'écoute de ce que vit le patient : crainte, honte, culpabilité. Supporter le patient dans ce qu'il vit.

Pour plus d'informations sur la médication et sur les voies d'administration des médicaments : se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008 Ce document est disponible sur l'unité.

Myoclonies

Définition : contractures musculaires uni ou multifocales qui peuvent avoir des causes multiples.

Causes :

- ⊙ Désordre métabolique.
- ⊙ Atteinte cérébrale.
- ⊙ Effets secondaires de la médication (tous les opiacés peuvent produire des myoclonies).
- ⊙ Peut être un signe de surdosage.

Interventions de l'infirmière :

- ⊙ Administrer la médication prescrite.
- ⊙ Rassurer la famille.
- ⊙ Expliquer à la famille ce que sont les myoclonies.
- ⊙ S'assurer que les lieux sont sécuritaires pour éviter les blessures chez le patient.
- ⊙ Lorsque l'épisode de myoclonies est terminé, placer le patient sur le côté.
- ⊙ Administrer de l'oxygène au patient connu épileptique selon les prescriptions médicales.

Le médecin peut envisager que l'opiacé soit diminué ou de considérer une rotation d'opiacé. Le contrôle des symptômes peut être fait avec l'utilisation de : Clonazepan, lorazepan, Diazepan et aussi du phénobarbital.

Pour plus d'informations sur la médication et sur les voies d'administration des médicaments : se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008. Ce document est disponible sur l'unité.

Dyspnée

Définition : sensation subjective d'inconfort associée à la respiration qui amène le patient à augmenter sa ventilation ou à réduire ses activités physiques.

Râles terminaux : (à ne pas confondre avec la dyspnée) sont des bruits produits par les mouvements oscillatoires des sécrétions qui s'accumulent dans l'arrière-gorge. Ils incommode plus l'entourage que le patient lui-même.

Causes :

- ⊙ Obstructions
- ⊙ Anémie
- ⊙ Anxiété
- ⊙ MPOC
- ⊙ Problèmes cardiaques
- ⊙ Épanchement pleural
- ⊙ Fatigue
- ⊙ Infection
- ⊙ Douleur
- ⊙ Etc.

Interventions infirmières non-pharmacologiques :

- ⊙ Attitude rassurante.
- ⊙ Expliquer au patient et à sa famille ce qui se passe et le plan de traitement envisagé.
- ⊙ Favoriser un environnement calme.
- ⊙ Utiliser des techniques de relaxation (massage, visualisation, etc.).
- ⊙ Favoriser une pièce bien aérée (ventilateur, fenêtre ouverte, etc.).
- ⊙ Adopter une position semi-assise si possible.
- ⊙ Aspirer les sécrétions dans la bouche est une mesure parfois nécessaire pour augmenter le confort du patient, mais il est déconseillé d'aspirer les sécrétions nasotrachéales. Cette pratique est faite exceptionnellement seulement.
- ⊙ Administrer de l'oxygène par lunettes : faire attention à la sécheresse nasale.
- ⊙ Lors de l'administration d'oxygène, ne pas surveiller la saturation, mais bien le confort du patient.
- ⊙ Administrer les médicaments selon les prescriptions
- ⊙ Discuter avec l'équipe traitante la possibilité d'amorcer un anticholinergique pour assécher les sécrétions.

Pour plus d'informations sur la médication et sur les voies d'administration des médicaments : se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008 Ce document est disponible sur l'unité.

Détresse respiratoire

Symptômes et signes : dyspnée qui apparaît le plus souvent subitement. La présence d'agitation, d'anxiété intense, de cyanose, de tirage intercostal sus-claviculaire et de gêne respiratoire grave sont observés.

Interventions infirmières non-pharmacologiques :

- ⊙ Attitude rassurante.
- ⊙ expliquer au patient et à sa famille ce qui se passe et le plan de traitement envisagé.
- ⊙ favoriser un environnement calme.
- ⊙ favoriser une pièce bien aérée.
- ⊙ adopter une position semi-assise si possible.

Détresse respiratoire : la médication

En premier : Benzodiazépines : Anxiolytique, sédatif-amnésique et myorelaxant (Versed).

En deuxième : Opiacés (Morphine ou hydromorphone).

En troisième : Anticholinergiques : diminution des sécrétions bronchiques et pharyngées (Scopolamine).

Une bonne connaissance des signes cliniques de la détresse respiratoire est importante!

Interventions infirmières lors de l'administration du protocole de détresse respiratoire :

- ⊙ Devant une situation de dyspnée importante, l'infirmière demande l'avis d'une autre infirmière pour faire l'évaluation du patient.
- ⊙ Idéalement, un intervenant demeure auprès du patient pour le rassurer pendant que l'infirmière prépare et administre la médication.
- ⊙ Le protocole comprend le **Versed s/c** qui doit être administré **en premier**.
- ⊙ Par la suite, l'opiacé s/c et la scopolamine s/c.
- ⊙ Aviser la famille que la situation clinique a changée et que le patient risque de dormir par la suite.
- ⊙ Réévaluer l'état du patient après 15 minutes.
- ⊙ Le but de l'administration du protocole est : sédation, calme et repos.
- ⊙ Si le but est non atteint, administrer de nouveau en respectant un intervalle de 30 minutes.
- ⊙ Le protocole de détresse respiratoire doit être administré au même titre qu'une entre-dose (respecter l'horaire prescrit de la médication régulière).
- ⊙ Apporter à la famille le soutien nécessaire, car lors de détresse respiratoire, il arrive parfois que le patient décède par la suite

Pour plus d'informations sur la médication et sur les voies d'administration des médicaments : se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008. Ce document est disponible sur l'unité.

Hémorragie digestive et respiratoire

Causes :

- ⊙ Tumeur près de la carotide.
- ⊙ Tumeur au niveau gastro-intestinale.
- ⊙ Hémorragie urinaire.
- ⊙ Leucémie (nez et bouche saignent parfois).
- ⊙ Rupture de l'aorte (compression d'une tumeur).

Interventions de l'infirmière :

- ⊙ Si le patient est à risque d'hémorragie, prévenir la famille et les préparer à cette éventualité.
- ⊙ Si le patient est à risque d'hémorragie, avoir au chevet plusieurs grandes serviettes et débarbouillettes serait à privilégier. (avoir des serviettes de couleur foncée afin d'éviter l'impact visuel que peut causer le sang).

En cas d'hémorragie active ou abondante, faire le protocole de détresse respiratoire (ou autre protocole prescrit au dossier)

Hémorragie digestive et respiratoire: la médication

En premier : Benzodiazépines : Anxiolytique, sédatif-amnésique et myorelaxant (Versed).

En deuxième : Opiacés (Morphine ou hydromorphone).

En troisième : Anticholinergiques : diminution des sécrétions bronchiques et pharyngées (Scopolamine).

Interventions infirmières lors de l'administration du protocole de détresse respiratoire pour une hémorragie digestive ou respiratoire :

- ⊙ Idéalement, un intervenant demeure auprès du patient pour le rassurer pendant que l'infirmière prépare et administre la médication.
- ⊙ Le protocole comprend le **Versed s/c** qui doit être administré **en premier**.
- ⊙ Par la suite, l'opiacé s/c et la scopolamine s/c.
- ⊙ Aviser la famille que la situation clinique a changée et que le patient risque de dormir par la suite.
- ⊙ Réévaluer l'état du patient après 15 minutes.
- ⊙ Le but de l'administration du protocole est : sédation, calme et repos.
- ⊙ Si le but est non atteint, administrer de nouveau en respectant un intervalle de 30 minutes.
- ⊙ Le protocole de détresse respiratoire doit être administré au même titre qu'une entre-dose (respecter l'horaire prescrit de la médication régulière).
- ⊙ Apporter à la famille le soutien nécessaire, l'impact visuel peut être important et il arrive parfois que le patient décède par la suite

Pour plus d'informations sur la médication et sur les voies d'administration des médicaments : se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008. Ce document est disponible sur l'unité.

Sécheresse de la bouche (Xérostomie)

Définition : la xérostomie est la sensation subjective de sécheresse buccale qui n'est pas nécessairement associée à une réduction significative de la production de salive.

Prévalence : La sécheresse de la bouche est très fréquente en soins palliatifs : 75 % des patients en sont affectés.

Causes :

- ⊙ Anxiété
- ⊙ Induit par la médication
- ⊙ Déshydratation
- ⊙ Secondaire à la radiothérapie
- ⊙ Diabète
- ⊙ Respiration buccale
- ⊙ Etc.

Symptômes associés :

- ⊙ Difficulté à mastiquer
- ⊙ Difficulté d'élocution
- ⊙ Difficulté de déglutition
- ⊙ Incidence de candidose buccale
- ⊙ Besoin fréquent de boire
- ⊙ Assèchement des lèvres
- ⊙ Brûlure au niveau de la langue
- ⊙ Intolérance des prothèses dentaires
- ⊙ Mauvaise haleine
- ⊙ Caries

L'évaluation et l'examen de la bouche :

Vous pouvez consulter le document de Michel Sarrazin : « Les soins de bouche chez le patient en phase terminale ». Se référer au 8 étapes (p. 28).

Matériel :

- ⊙ Un abaisse-langue et une paire de gants non stériles.
- ⊙ Des compresses 2x2 non stériles.
- ⊙ Lampe de poche ou lampe frontale.

Interventions de l'infirmière :

- ⊙ Le brossage et le nettoyage des dents 2 fois par jour (brosse à dents avec soies souples, mais le plus efficace est la brosse à dents électrique, mais attention est à proscrire pour les patients dont la gencive saigne).

- ⊙ Utiliser un dentifrice avec fluorure.
- ⊙ Utiliser un hydratant pour les lèvres (Eucérin).
- ⊙ Utiliser un rince-bouche sans alcool.

Vous pouvez utiliser la technique de brossage de dents et de soins des prothèses dentaires selon la technique proposée par Maison Michel Sarrazin (p. 32).

Recettes pour soins de bouche du 6^e D :

40 ml NaCl 0.9%
20 ml Moistir
0.5 ml Cepacol

Si la recette proposée si haut n'est pas efficace et si la bouche est très sèche et la langue très croûtée :

Se référer au document de Michel Sarrazin : « Les soins de bouche chez le patient en phase terminale ».pour d'autres recettes.

Sécheresse oculaire et nasale

Cause de la sécheresse oculaire : par faiblesse le patient dort les yeux entrouverts. Il est possible également que les paupières ne ferment plus du fait de cachexie terminale.

Intervention :

- ⊙ Garder la conjonctive humide par l'application de larmes artificielles ou d'onguent ophtalmique. Se référer à l'application de la règle de soins des soins palliatifs no : 7.

Cause de la sécheresse nasale :

- ⊙ Sécheresse de l'air ambiant.
- ⊙ Oxygénothérapie par lunettes nasales.

Interventions

- ⊙ Appliquer une crème hydratante comme (Glaxal Base).
- ⊙ Se référer à l'application de la règle de soins des soins palliatifs no 3.

Pour plus d'informations sur la médication :

Se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008. Ce document est disponible sur l'unité.

Constipation

Causes :

- ⊙ Médication contre la douleur
- ⊙ Baisse de la mobilité
- ⊙ Diminution de l'hydratation
- ⊙ Troubles électrolytiques
- ⊙ Cancer abdominal
- ⊙ Lymphome avec compression ganglionnaire au niveau abdominal
- ⊙ Baisse de la mobilité gastro-intestinale
- ⊙ Fécalome

Signes et symptômes :

- ⊙ Selles dures (3 jours sans selle voir règle de soins palliatifs no9)
- ⊙ Diarrhée liquide, écoulement si fécalome
- ⊙ Nausée, anorexie, vomissement
- ⊙ Distension abdominale

Interventions de l'infirmière :

- ⊙ Évaluer l'abdomen (distension et auscultation).
- ⊙ Évaluer s'il y a présence ou non de péristaltisme.
- ⊙ Évaluer s'il y a présence de fécalome (faire un toucher rectal selon indications médicales si néo du rectum).
- ⊙ Suggérer une PSA (plaque simple de l'abdomen).
- ⊙ Utiliser la règle de soins palliatifs portant sur la constipation (règle no 9).

Interventions de l'infirmière : prévention

- ⊙ Hydratation du patient si possible.
- ⊙ Diète avec fibres (contre-indiqué dans sub-occlusion).
- ⊙ Offrir du jus de pruneaux.
- ⊙ Mobiliser le patient.
- ⊙ Narcotiques égale à Rx contre la constipation.
- ⊙ Préserver l'intimité du patient.
- ⊙ Proposer la chaise d'aisance ou la salle de toilette plutôt que la bassine si c'est possible.

Pour plus d'informations sur la médication et sur les voies d'administration des médicaments : se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008. Ce document est disponible sur l'unité.

Nausées et vomissements

Définition :

Nausées : sensation désagréable d'avoir envie de vomir, souvent accompagnée de symptômes du système nerveux autonome par exemple une pâleur, des sueurs froides, tachycardie et de la diarrhée.

Vomissement : expulsion avec force par la bouche du contenu de l'estomac, du duodénum et du jéjunum.

Les nausées et les vomissements affectent 50-65 % des patients en soins palliatifs.

Causes :

- ⊙ Médication (opiacés principalement).
- ⊙ causes biochimiques (insuffisance rénale ou hépatique, désordre électrolytique, etc.).
- ⊙ stase gastrique.
- ⊙ constipation, obstruction.
- ⊙ irritation gastro-intestinale.
- ⊙ augmentation de la pression intracrânienne.
- ⊙ problème vestibulaire.
- ⊙ radiothérapie abdominale.
- ⊙ induite par la toux.
- ⊙ sécrétions pharyngées ou mycose.
- ⊙ anxiété.
- ⊙ douleur.

Interventions infirmières :

- ⊙ Évaluer l'horaire, la quantité, la nature, les facteurs déclencheurs des nausées et vomissements.
- ⊙ Administrer de façon rigoureuse les antiémétiques.
- ⊙ Surveiller si la voie d'administration de l'antiémétique est toujours adéquate.
- ⊙ Utiliser les interventions non-pharmacologiques comme : la relaxation, les exercices respiratoires, la visualisation.
- ⊙ Réduire les odeurs.
- ⊙ Plusieurs petits repas.
- ⊙ Faire les soins de bouche régulièrement et après des vomissements.
- ⊙ Diminuer la musique et la lumière au besoin.
- ⊙ Si malgré anti-nauséeux le patient est + ou - soulagé, parler au MD pour changer opiacé.

Pour plus d'informations sur la médication et sur les voies d'administration des médicaments : se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008. Ce document est disponible sur l'unité.

Agueusie et Dysgueusie

Agueusie : absence de goût

Dysgueusie : goût bizarre de toutes sortes : métallique, huileux, etc.

Interventions de l'infirmière :

- ⊙ Proposer une consultation en nutrition afin de choisir les aliments qui provoquent le moins de symptômes.
- ⊙ Favoriser une bonne hygiène buccale
- ⊙ L'utilisation du zinc per os peut être efficace (nécessite une prescription médicale).

Pour plus d'informations sur la médication et sur les voies d'administration des médicaments : se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008. Ce document est disponible sur l'unité.

Hoquet

Causes :

- ⊙ Tumeur cérébrale
- ⊙ Atteinte tumorale au niveau gastrique
- ⊙ Distension gastrique
- ⊙ Urémie
- ⊙ Irritation du nerf phrénique
- ⊙ Prise de certains médicaments

Interventions de l'infirmière :

- ⊙ Provoquer une stimulation pharyngée.
- ⊙ Inviter le patient à retenir sa respiration.
- ⊙ Réduire la distension gastrique en utilisant la médication appropriée (antiflatulent, antiacide, etc.).

Si les autres interventions ne fonctionnent pas :

Le MD peut prescrire sur une base régulière ou PRN du Largactil.

Pour plus d'informations sur la médication et sur les voies d'administration des médicaments : se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008. Ce document est disponible sur l'unité.

Anxiété

L'anxiété est un phénomène très présent en soins palliatifs. Les causes de cette anxiété sont multiples : peur de l'inconnu, peur d'étouffer, peur de la douleur, peur de mourir, etc.

Les conséquences de l'anxiété sont nombreuses :

- ⊙ Insomnie
- ⊙ Exacerbation de la douleur
- ⊙ Exacerbation des nausées
- ⊙ Etc.

Évaluation de l'anxiété :

L'infirmière doit pouvoir identifier les causes de l'anxiété afin de mieux intervenir.

- ⊙ Quand se manifeste les symptômes d'anxiété?
- ⊙ Comment se manifeste l'anxiété?
- ⊙ Qu'est-ce qui aide le patient lorsqu'il est anxieux?

Interventions de l'infirmière :

- ⊙ L'infirmière doit agir sur les causes de l'anxiété tout en respectant le désir du patient de s'exprimer sur ce qui le rend anxieux.
- ⊙ Donner au patient accès à ce qui est rassurant pour lui (photos, crucifix, etc.)
- ⊙ Encourager la présence de la famille afin de rassurer le patient
- ⊙ Faire des techniques de relaxation : massage, visualisation
- ⊙ Utiliser de la musique apaisante
- ⊙ Utiliser un anxiolytique PRN (avec prescription médicale)
- ⊙ Ne pas oublier que d'autres symptômes comme la douleur peuvent augmenter l'anxiété vécue par le patient.

Pour plus d'informations sur la médication et sur les voies d'administration des médicaments : se référer au document produit par : Le regroupement des pharmaciens en établissement de santé, Guide pratique des soins palliatifs, 2008. Ce document est disponible sur l'unité.

Symptômes de fin de vie, l'agonie

« On ne ménage jamais les efforts pour que la vie l'emporte, on ne doit jamais négliger les efforts pour que la mort soit digne. »

Signes à surveiller :

- 1) Diminution de l'appétit
- 2) Diminution de la diurèse
- 3) Diminution de la socialisation
- 4) Agitation
- 5) Augmentation du sommeil, fatigue
- 6) Désorientation, délirium
- 7) Diminution de la mobilité
- 8) Augmentation de l'œdème
- 9) Détresse respiratoire

Signes imminents :

1. Respiration embarrassée et râles terminaux
2. Apnée
3. Inconscience
4. Température élevée
5. Diaphorèse
6. Cyanose des extrémités
7. Absence d'urine

Interventions de l'infirmière

- ⊙ Évaluer ponctuellement l'état de conscience.
- ⊙ Aviser la famille de tout changement dans l'état du patient tremblement, tachypnée, gémissements.
- ⊙ Intervenir afin de soulager les symptômes d'inconfort.
- ⊙ Surveiller les signes de globe vésical et intervenir au besoin.
- ⊙ Le patient et sa famille doivent rester au centre des préoccupations de l'intervenant.
- ⊙ L'infirmière continue à se nommer même si le patient est inconscient.
- ⊙ Évaluer et réévaluer la pertinence des traitements médicamenteux et des autres traitements.
- ⊙ Respecter le rituel de chaque famille, la présence de l'infirmière doit être discrète et n'est pas nécessaire dans la chambre continuellement.