

mise au point

La prise en charge des plaies en fin de vie

PASCALE FOUASSIER
Praticien hospitalier

Centre de soins palliatifs
gériatriques,
Groupe hospitalier
Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix,
AP-HP,
7, avenue de la République,
94200 Ivry-sur-Seine, France

■ Les plaies en fin de vie sont prises en charge dans un contexte particulier puisque la cicatrisation de la plaie et/ou la guérison du patient ne sont plus l'objectif prioritaire ■ Ces plaies ont très souvent un impact important sur la qualité de vie, tant sur le plan physique du fait de la douleur ou de l'incapacité fonctionnelle, que sur le plan psychologique.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots-clés – douleur ; fin de vie ; plaie ; qualité de vie ; soins palliatifs

Wound care at the end of life. Wounds in end-of-life care are treated in a particular context as the healing of the wound and/or the recovery of the patient are no longer the main priority. These wounds very often have a significant impact on quality of life, both physically due to the pain or the functional incapacity, as well as psychologically.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords – end of life; pain; palliative care; quality of life; wound

Les plaies sont fréquentes et de causes variées chez les patients en phase terminale. Il s'agit notamment de plaies cancéreuses souvent douloureuses, parfois compliquées par des abcès, des fistules, des nécroses ou des hémorragies ; des séquelles de radiothérapie et des plaies post-opératoires. Les plaies d'ulcères artériels sont également redoutées pour leur sévérité quand les possibilités de reperfusion sont limitées. Les plaies d'escarres sont très fréquemment retrouvées chez les patients en phase terminale (les trois derniers mois) du fait de l'accumulation des facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques en fin de vie, quelle que soit la pathologie en cause.

DES PLAIES INVALIDANTES

■ **Les sites sont très divers** puisque toute partie du revêtement cutané peut être concernée. La plaie est plus ou moins invalidante selon sa localisation :

- **sur le plan algique**, la douleur est variable selon que la zone cutanée est plus ou moins innervée, la douleur est plus facilement réveillée s'il s'agit d'une zone susceptible de subir des frottements (ceinture, entrejambe, etc.) ;
- **sur le plan esthétique et social**, certaines plaies (face, cou, main) ne peuvent être cachées et obligent à affronter ou à refuser le regard de l'autre ; elles modifient la perception même de sa propre identité ;

- **sur le plan symbolique**, l'atteinte cutanée peut toucher à l'intimité et aux représentations de sa sexualité (sein, organes génitaux, etc.) ;

- **sur le plan fonctionnel**, la plaie peut engendrer notamment une impossibilité à s'asseoir ou à marcher (périnée, membres, extrémités, etc.) ;

- **sur le plan pronostique**, la plaie peut exposer à des complications infectieuses graves (érysipèle, ostéite, gangrène, choc septique, etc.) ou atteindre des organes vitaux (plaies oto-rhino-laryngologiques et dyspnée aiguë asphyxiante sur hémorragies cataclysmiques par érosion artérielle, etc.).

■ **L'existence de ces plaies persistantes et d'évolution fréquemment péjorative** pose aussi problème au "corps" soignant. Elle a également des conséquences sur l'équilibre familial.

UNE APPROCHE GLOBALE ET ÉTHIQUE

■ **La plaie est donc une réelle préoccupation en fin de vie.** Néanmoins, son traitement doit rester intégré à une approche globale de la personne soignée. En effet, le climat relationnel et la confiance instaurés tant auprès du patient que de sa famille sont garants, au même titre que la prise en charge médicamenteuse ou l'adaptation du pansement, d'une meilleure qualité de vie.

■ **La prise en charge palliative des plaies** est spécifique étant donné la réflexion éthique continue qu'elle nécessite. Cette réflexion

Adresse e-mail :
pascale.fouassier@chf.aphp.fr
(P. Fouassier).

Les plaies chroniques en soins palliatifs et fin de vie

permanente doit être adaptée à un sujet, une histoire, une temporalité. Il n'est pas inutile de rappeler quelques grands principes éthiques de la médecine, et de les appliquer à la prise en charge des plaies :

- **le principe de compétence** : les connaissances scientifiques concernant la prise en charge locale et générale des plaies restent valables en soins palliatifs et doivent être connues de toutes les catégories professionnelles. Elles doivent être régulièrement actualisées car les données de la science et les produits disponibles sur le marché sont en permanente évolution ;

- **le principe d'autonomie** : le droit à l'information, le principe du consentement, le droit de refuser des soins doivent rester nos références déontologiques en matière de prise en charge des plaies ;

- **le principe d'humanité** : la prise en charge des plaies ne doit pas provoquer de souffrances, encore plus inutiles chez un malade épuisé ;

- **le principe de proportionnalité et de futilité** : la personne malade ne devrait pas avoir à subir des soins de plaies disproportionnés par rapport aux résultats attendus. Les soins devenus futiles ne devraient pas être poursuivis.

■ **Cette réflexion éthique, inscrite dans le temps**, amène à une évolution des choix thérapeutiques qui implique des renoncements et des réinvestissements dans des objectifs de soins différents. L'opposition entre soins curatifs, qui visent la cicatrisation, et soins palliatifs, qui concernent le confort, ne paraît pas pertinente dans la prise en charge des plaies. La notion de soins continus personnalisés est plus adaptée à la complexité des situations réelles.

■ **À un temps donné, la stratégie de soins de la plaie sera définie en fonction :**

- **du temps estimé qui reste à vivre** (nécessité d'une méthodologie de l'évaluation pronostique/acceptation de la gestion de l'incertitude) ;
- **des possibilités de cicatrisation prévisible** de la plaie ;
- **de la pénibilité** ou non des soins envisagés ;
- **du consentement** et de la coopération effective du patient.

LES OBJECTIFS DE TRAITEMENT DES PLAIES

■ **Différents objectifs sont possibles** dans une démarche palliative globale, en fonction du contexte et de l'évolution : éviter l'apparition d'une plaie, cicatriser celle-ci, prévenir son extension, prévenir la survenue de nouvelles plaies, traiter les conséquences inconfortables de la

plaie, anticiper ou prendre en charge les complications, maintenir la propreté apparente du corps, respecter la tranquillité du patient.

■ **En ce qui concerne la prise en charge directe de la plaie**, l'objectif de cicatrisation n'est plus prioritaire ; il est progressivement ou d'emblée abandonné au profit d'une meilleure qualité de vie. L'ensemble de l'approche pluridisciplinaire vise à diminuer au maximum l'inconfort physique et psychologique lié à la plaie et à sa prise en charge. Ceci s'effectue notamment par :

- **l'évaluation et le soulagement des phénomènes algiques** pendant et en dehors des soins ;

- **la limitation de la contrainte du soin** (en durée ou en fréquence) ;

- **le meilleur contrôle des exsudats et des odeurs ;**

- **l'anticipation et la prise en charge du risque hémorragique ;**

- **l'anticipation et la prise en charge du risque infectieux ;**

- **la mise en place d'une relation d'aide** lors des soins ;

- **le soutien psychologique** face à l'altération de l'image de soi et à l'angoisse de mort qui, loin de concerner uniquement le psychologue, sollicite l'ensemble de l'équipe présente au chevet du patient : soignants, médecins, mais aussi femme de ménage ou bénévoles, amis, famille, tantôt sources de soutien ou personnes à soutenir.

■ **La réflexion en équipe interdisciplinaire a pour but de hiérarchiser les objectifs de soins**, discuter les alternatives, élaborer un consensus, réaliser un protocole personnalisé écrit, validé par les professionnels et réévalué dans le temps. La hiérarchisation des objectifs doit être réalisée à l'aune de la valeur que le patient lui accorde : le confort, la vigilance, l'autonomie, l'esthétique, la propreté, etc.

■ **Les alternatives possibles sont envisagées avec le patient, la famille et l'équipe soignante** selon leur rapport bénéfices/contraintes ou avantages/inconvénients pour le malade. Ainsi, ce dernier peut renoncer à un bénéfice pour ne pas subir un inconvénient qu'il considère à un moment donné comme majeur (par exemple, renoncer à une prise en charge techniquement plus efficace de sa plaie ou de sa douleur, pour ne pas perdre ses repères en quittant son lieu de vie, ou refuser de participer à la prévention d'escarres pour ne pas perdre le bénéfice d'une position antalgique). Mais son choix peut évoluer dès lors que le bénéfice proposé est réel et que l'inconvénient peut être réduit en intensité ou en durée, d'où l'importance de l'information, la négociation et la réévaluation. Les alternatives ne sont pas

RÉFÉRENCE

[1] http://www.esculape.com/generale/douleur_neuropat_DN4.pdf

POUR EN SAVOIR PLUS

- Fromantin I, Falcou MC, et al. Inception and validation of a pressure ulcer risk scale in oncology. *J Wound Care*. 2001; 20:328, 330-4.
- Hendricova I, Castelli M, et al. Pressure ulcer in cancer palliative care patients. *Palliat Med*. 2010;24:669-73.
- Nourhashemi F, Gillette S, et al. End-of-life care for persons with advanced Alzheimer disease: design and baseline data from the ALFINE study. *J Nutr Health Aging*. 2012;16(5):457-61.

les mêmes selon le lieu de soins (hôpital, institution médico-sociales, domicile) et selon la disponibilité réelle des professionnels. Le choix d'un pansement dépend du degré de confort fourni mais également des critères économiques (coût direct, remboursement en ville).

CONSEILS PRATIQUES

■ **La première façon de diminuer les douleurs liées aux soins de plaies**, quand elles sont intolérables en fin de vie, est de limiter les soins au strict nécessaire (les pansements actuels permettent de diminuer leur fréquence de réfection). La seconde est de choisir des pansements indolores au retrait (intérêt de ceux siliconés tels que Mepitel®, Mepilex® ou Mepilex® Border). La troisième est de prévoir une prémédication antalgique adaptée qui utilisera fréquemment des opioïdes et respectera le délai nécessaire à l'obtention du pic d'action (plus long que le classique "délai d'action" qui débute avant le pic). Le Meopa (mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote) est également une ressource précieuse lorsque le personnel est formé à son utilisation, notamment lorsque le patient peut coopérer, car il modifie le souvenir de la douleur et évite les phénomènes de sensibilisation. La sédation transitoire à l'aide de midazolam en sous-cutané à faible dose est une alternative pour les cas extrêmes.

■ **Il faut être attentif au risque d'entretenir des plaies très exsudatives** par une hydratation artificielle, qui peut s'avérer totalement inadaptée au confort du patient lorsque celui-ci est très dénutri en phase terminale. La perfusion d'hydratation sera en effet génératrice d'œdèmes, dans ce contexte, ce qui fragilise la peau et, en cas de plaie déjà présente, entraîne des exsudats abondants non contrôlés. Il faut donc savoir prendre la décision de la réduire, voire de la supprimer.

■ **La prise en charge des plaies nauséabondes doit être réalisée sans tarder.** Outre les classiques pansements au charbon plus ou moins efficaces, l'imprégnation quotidienne des plaies par du metronidazole (utiliser les pochons pour perfusion) pendant une semaine de jours diminue la prolifération de bactéries anaérobies qui produisent les composés volatils odorants. Cette stratégie peut être utilement complétée par l'utilisation de destructeurs d'odeurs dans la pièce plus efficace que les surodores. Ce soin peut éviter au patient d'éprouver un sentiment de honte et de dévalorisation, de restaurer son

estime de soi et de désangoisser une famille et l'aider à être plus présente auprès de son proche.

■ **Il faut savoir renoncer à toute déterision** devant certaines plaies en situation palliative.

■ **Il faut tenter tant que possible d'identifier, dans la douleur associée aux plaies**, celles nociceptives et neuropathiques (utilisation du questionnaire DN4 [1]), de fond et dues aux soins afin de choisir les traitements adaptés aux mécanismes et à la chronologie de la douleur. C'est de cet effort d'évaluation que dépendent le choix et l'efficacité des stratégies thérapeutiques.

CONCLUSION

Les plaies en fin de vie posent souvent problème aux équipes soignantes qui y sont confrontées. Une bonne connaissance des pansements et des stratégies thérapeutiques spécifiquement palliatives est utile pour améliorer le confort de tous (personne malade, équipe soignante et familles) en évitant bien des souffrances physiques inutiles au quotidien.

Mais la souffrance morale et existentielle face à l'inéluctabilité de la mort qui approche est également souvent présente. Elle peut parfois conduire les professionnels à des conduites d'acharnement ou d'abandon injustifiées, dans le soin des plaies. Ceci ne pourra être prévenu que si cette souffrance peut être dite et entendue, puis élaborée afin d'être acceptée comme un élément incontournable de notre condition humaine. Il ne s'agit alors plus de supprimer cette souffrance mais bien de la traverser ensemble. ■

Les points à retenir

- **Les plaies sont fréquentes et de causes variées** chez les patients en phase terminale : plaies cancéreuses, séquelles de radiothérapies, plaies postopératoires, ulcères artériels et escarres.
- **Les plaies sont plus ou moins invalidantes** selon leur localisation sur les plans algique, esthétique et social, symbolique, fonctionnel et pronostique.
- **Leur prise en charge doit être intégrée à une approche globale et éthique** adaptée à un sujet, une histoire et une temporalité.
- **Les objectifs de soins doivent être hiérarchisés** en fonction de la réflexion menée en équipe interdisciplinaire et envisagés avec le patient et ses proches.

Déclaration d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.