Pays de la Loire SRAE Nutrition
Structure régionale d'appui et d'expertise

FORUM RÉGIONAL NUTRITION
SRAE NUTRITION

Alimentation et fin de vie

Dr Lepeintre – CHU Nantes

Dr Jirka – CHU Nantes

M-T Es-Sayeh et Ghislaine Bourillon – CH Nord Mayenne

Repères cliniques en médecine palliative
L'alimentation en phase palliative terminale

FORUM RÉGIONAL NUTRITION
SRAE NUTRITION

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

Dr A. Lepeintre

Unité mobile de soins de support et de soins palliatifs
Centre Fédératif Douleur-Soins de support-Soins palliatifs-Ethique cliniaue

Les progrès en lien avec la médecine technoscientifique et curative

- Dans nos sociétés occidentales un idéal de la médecine:
  - 1/Objectivation de la pathologie
  - 2/Traitement en vue d'éliminer la pathologie, en s'appuyant sur des connaissances scientifiques, pertinentes et actualisées
- Choix salutaire mais avec des limites

Les limites de la médecine focalisée sur le technoscientifique et le curatif

- On continue de mourir !
  - 600 000 décès en France en 2017
- De +/+ de gens atteints de maladie grave/chronique (15 millions en France)

L’évolution

- Questionnement médicaux sur les objectifs des ttt, la proportionnalité des traitements prodigués

- Demande des patients d’une médecine plus humaine; patients plus informés, ayant plus de droits

Apport de la loi de février 2016 sur l'hydratation et la nutrition artificielle

« Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient **et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.**

La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés conformément au premier alinéa du présent article.

Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. »

Concepts clefs de la démarche palliative

- Promotion de la capacité d'auto détermination+++
- Approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive (conjointement ou non avec les traitements spécifiques)

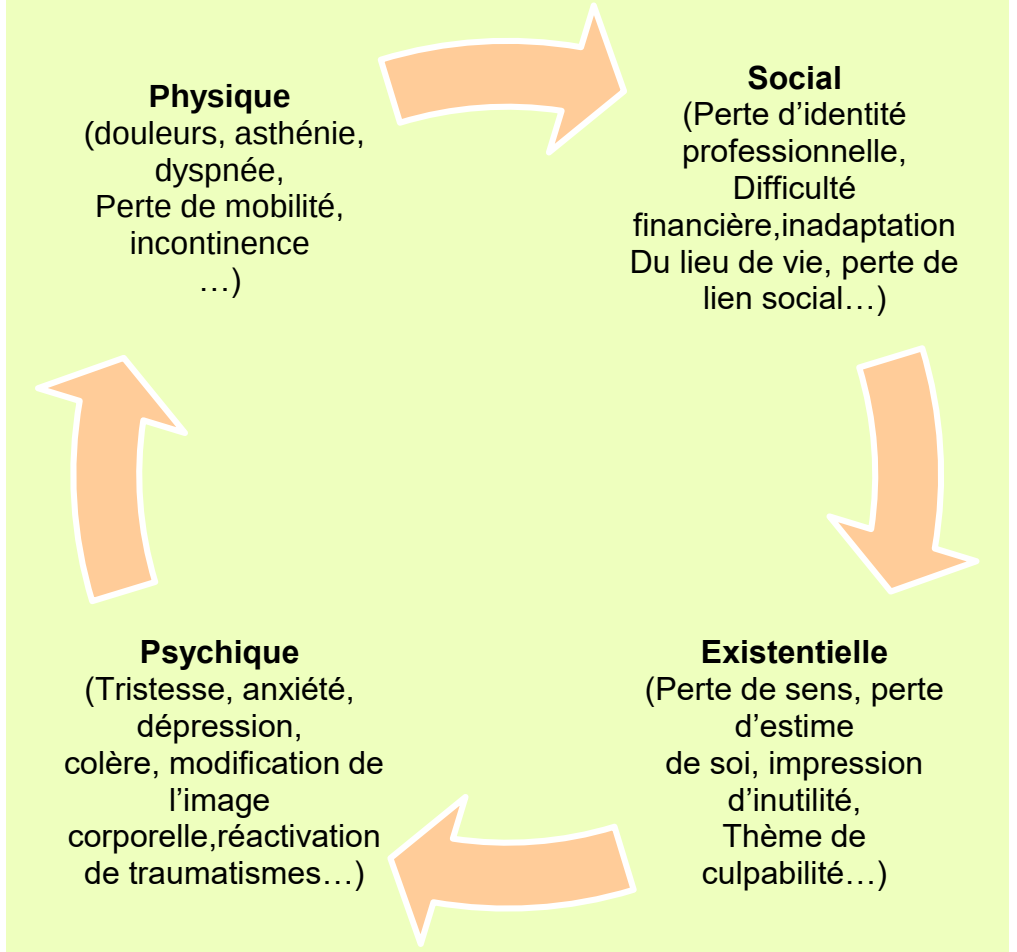
⇨ donc suppose un Travail en équipe, en **interdisciplinarité**

Prise en charge globale en SP

C. Saunders

Total Pain

To cure →To care



Des trajectoires de vie et de fin de vie différentes

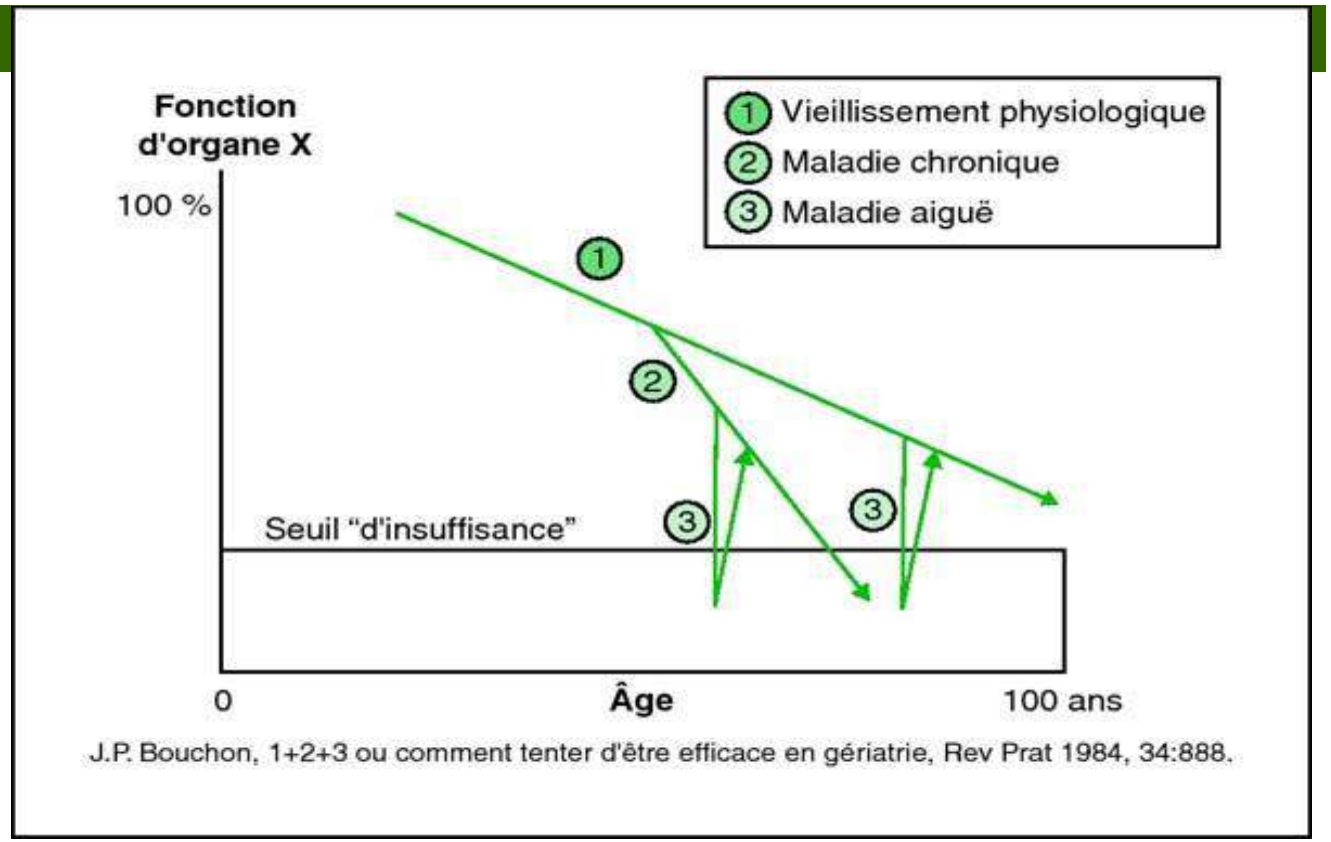
→ des stratégies de PEC différentes

La trajectoire en oncologie

- **La période curative**
  - =période de la maladie jugée curable durant laquelle les soins spécifiques (=T actif de la maladie) sont appliqués avec un objectif de guérison
  - Les soins spécifiques sont associés à des soins de support (=T des symptômes d'inconfort ou PEC des répercussions de la maladie) pour préserver la qualité de vie des patients mais sans diminuer les chances de guérison
  - L'objectif de soin est la quantité de vie

- **La période palliative**
  - C'est la période de soins d'une maladie jugée incurable, d'emblée ou secondairement, durant laquelle d'éventuels soins spécifiques et soins de support sont appliqués avec un espoir de réponse partielle de stabilisation et/ou d'amélioration de la qualité de vie
  - Phase palliative « initiale »: Soins spécifiques +Soins de support ou Soins palliatifs « intégrés »:
    - L'objectif de soins est la quantité de vie et la qualité de vie
  - Phase palliative « terminale »: Soins de support –Soins palliatifs exclusifs
    - L'objectif de soins est la qualité de vie

La trajectoire de la personne vieillissante



J.P. Bouchon, 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie, Rev Prat 1984, 34:888.

1+3=

Décompensation d'un organe « vieilli , non malade initialement » sous l'effet d'un évènement intercurrent

1+2+3=

Décompensation d'un organe « malade » sous l'effet d'un évenement intercurrent

Le schéma de Bouchon 1+2+3

Des trajectoires de vie et de fin de vie différentes

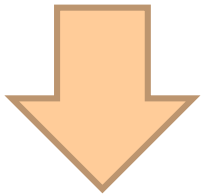
Des stratégies de PEC différentes

Des implications pratiques différentes

Les troubles de l'hydratation et de l'alimentation : un tournant dans la PEC d'un patient en SP

:

- Avec des conséquences sur la durée de vie et la qualité de vie
- Avec des enjeux symboliques et éthiques:



Le questionnement éthique est incontournable

« il va souffrir de la faim ? » 1/3

-Dans la majorité des cas, la phase terminale d'une maladie grave s'accompagne d'une **anorexie**

-Dans le cas des pathologies cancéreuses et infectieuses

=

dénutrition exogène + dénutrition endogène

« il va souffrir de la faim ? » 2/3

-La nutrition entérale par sonde nasogastrique ou par gastrostomie expose à diverses complications.

-Chez le sujet agé dément : Aucune étude montrant le bénéfice d'une nutrition artificielle.

« il va souffrir de la faim ? » 3/3

-Le jeûne induit une production de corps cétoniques = effet anorexique central.

Référence:

Elliot J, Haydon D., Hendry B. Anaesthetic action of esters and ketones : evidencec for an interaction with the sodium channel protein in squid axons. *J. Physiol.* 1984; 354:407-18

-A l'inverse, les apports d'hydrates de carbone interrompant le jeûne entraînent une sensation de faim

Référence:

Sullivan R. Accepting death without artificial nutrition or hydration*. Journal of General Internal Medicine* 1993 ;8 :220-223

Stratégie nutritionnelle
fonction du pronostic vital et souhaits du patient

Pronostic à long terme Stade 1	Pronostic à moyen terme Stade 2	Pronostic à court terme Stade 3
Améliorer le pronostic	Eviter les complications	Assurer le confort
- Soins de bouche - Stimuler l'appétit - Favoriser voie orale, le plaisir et la convivialité - Compléments si besoin - SNG (ou alim. Parentérale) à discuter sur courte durée - GPE à discuter si situation durable	- Idem stade 1 - enrichir et adapter aux goûts - Fractionner les apports - SNG devient plus discutable: le souhait du patient est primordial	- Prévention escarres ++ - Soins de bouche ++ - Humidifications - Favoriser voie orale - Boissons et aliments plaisir - Epaissir si besoin - Soutenir famille ++ et équipe

« Il va souffrir de la soif ? » 1/2

- **La perception de la soif diminue avec l'âge**

- **La déshydratation entraîne :**
  - **la sécrétion d'opioïdes cérébraux**
  - **La diminution des secrétions physiologiques**

« Il va souffrir de la soif ? » 2/2

- **La grande majorité des patients en fin de vie n'a pas de sensation de soif et lorsqu'elle existe, cette sensation est soulagée par l'hydratation de la bouche**

- **L'hydratation artificielle IV ou SC:**
  - **n'améliore la sensation de soif**
  - A comme effets secondaires potentiels ne sont pas négligeables **d'augmenter les secrétions physiologiques**.

- **La perfusion sous cutanée est mieux tolérée mais n'est pas dénuée d'effets secondaires**

«Il va mourir de faim ou de soif ? »

- La mort est liée à la maladie arrivée en phase terminale.

- L’alimentation et l’hydratation n’influent à ce stade que peu sur la durée de vie (quelques heures à quelques jours) mais la gestion raisonnée de ces deux éléments influe de façon importante sur la qualité de vie et de confort des derniers jours de la vie.

Pour conclure

- L’arrêt de l’alimentation/l’hydratation ne signifie pas l’arrêt des soins

- Expliquer qu’il ne faut pas projeter sur le malade ses propres angoisses

Les décisions sont prises au cas par cas en pesant les bénéfices et les inconvénients en termes de confort pour le patient , en tenant compte de là où il en est dans sa trajectoire de vie et de son avis+++

- Merci de votre attention

Alimentation et fin de vie

Dr Adam JIRKA
Équipe Transversale d'Assistance Nutritionnelle
INRA - Physiologie des Adaptations Nutritionnelles
e-mail:adam.jirka@chu-nantes.fr

Déclaration d’intérêts

- Pas de conflit d’intérêt

QUAND commencer ou ne pas commencer ….

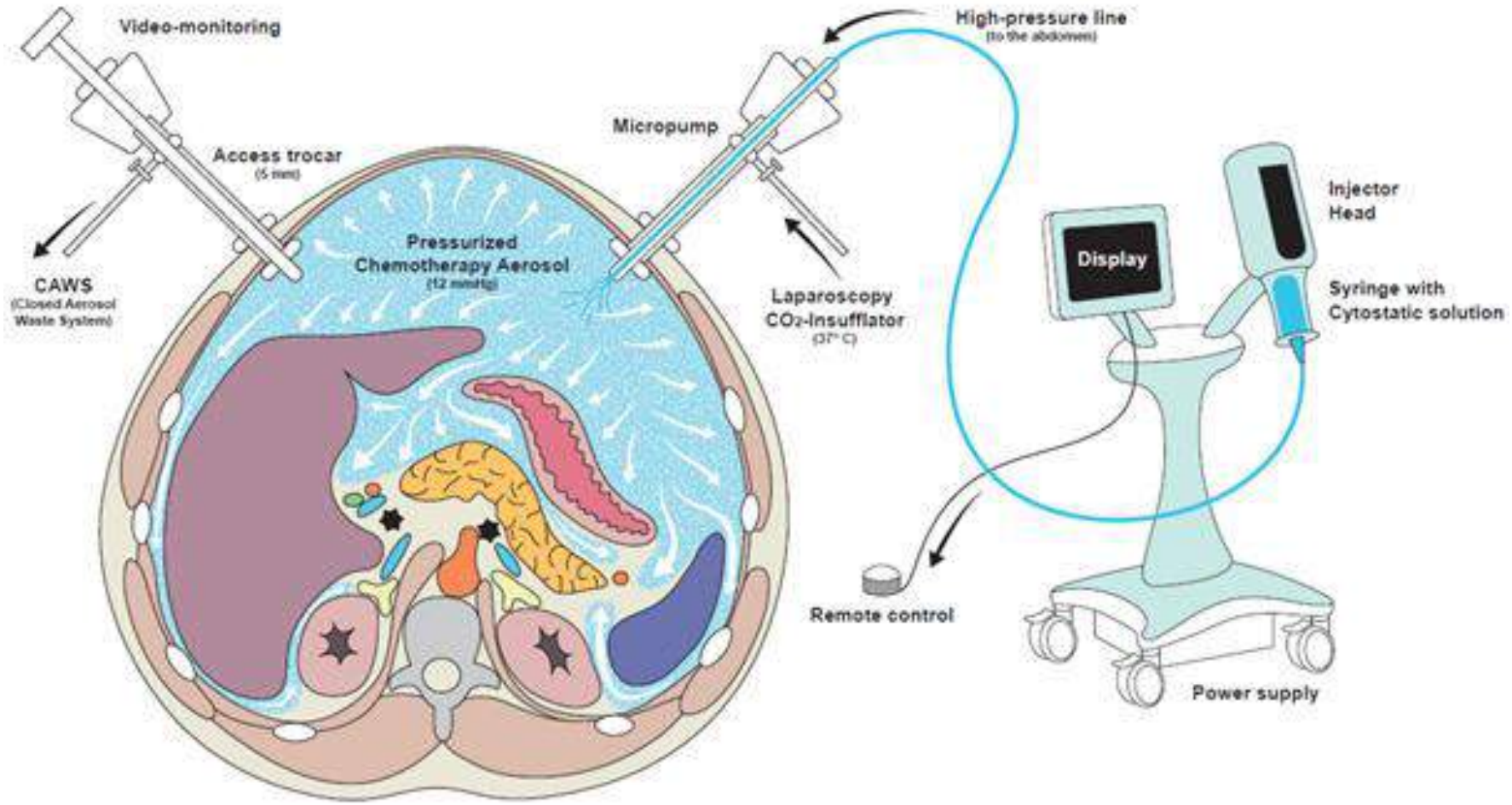
Exemple: PIPAC

Pressurized IntraPeritoneal Aerosol Chemotherapy for end-stage peritoneal metastasis

Pr REYMOND, Tübingen, Germany

Pr BOZZETI, Milano, Italy

PIPAC = un traitement sophistiqué



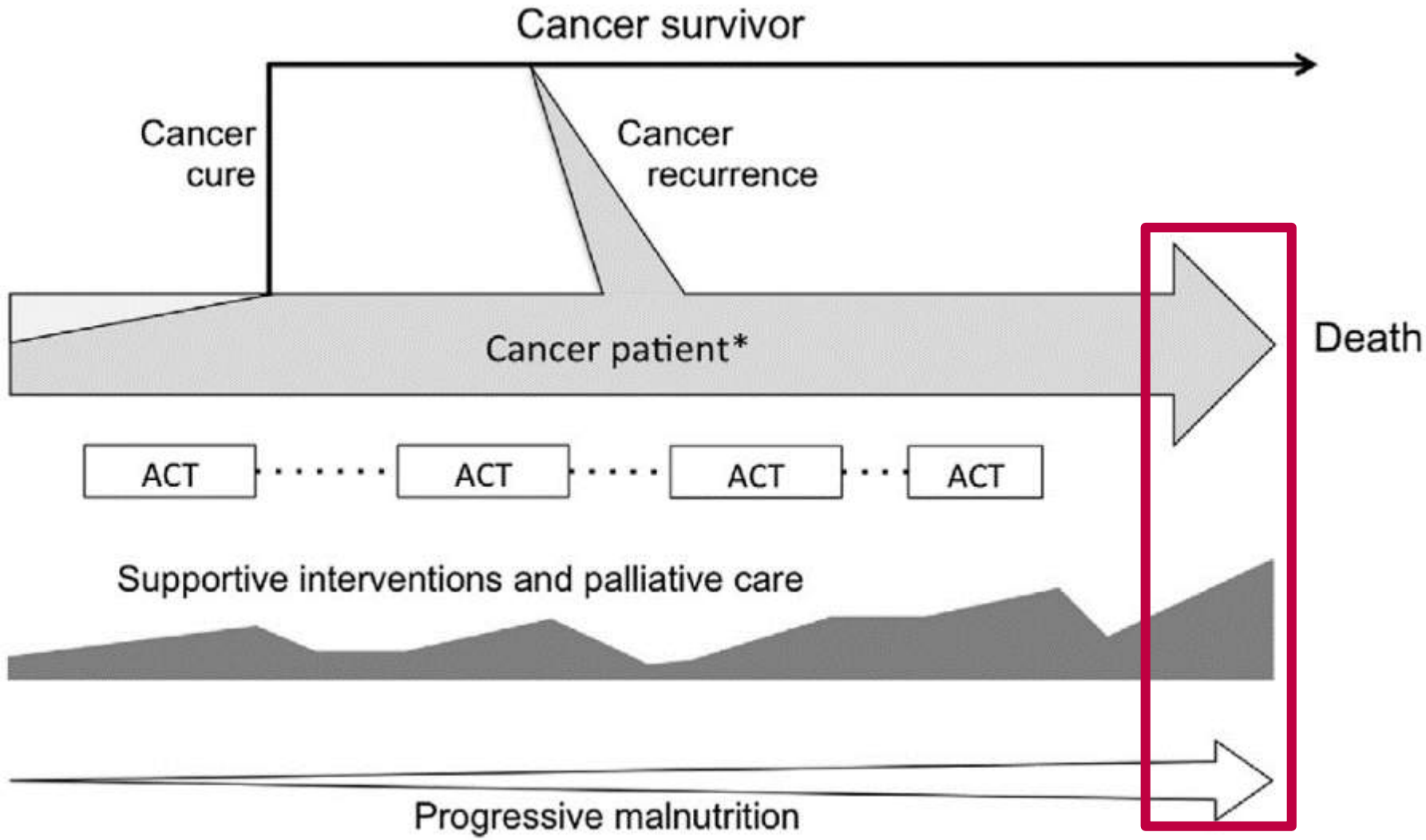
QUAND commencer ou ne pas commencer ….

Exemple: PIPAC

Pressurized IntraPeritoneal Aerosol Chemotherapy for end-stage peritoneal metastasis

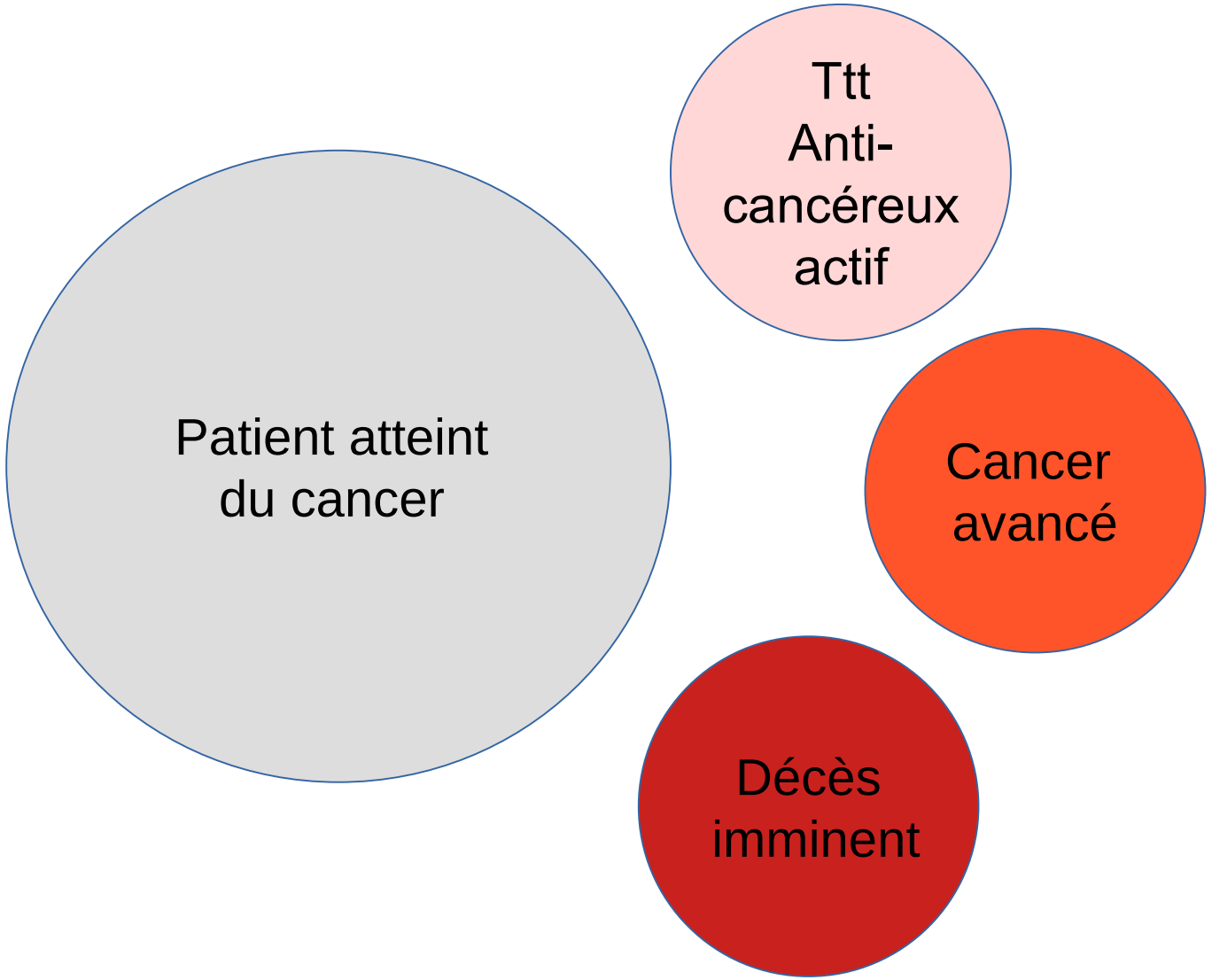
Pr REYMOND, Tübingen, Germany

Pr BOZZETI, Milano, Italy



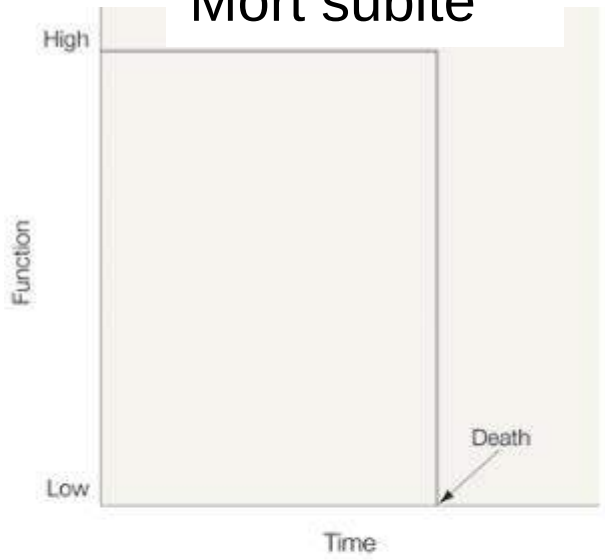
Arends et al. , CN, 2016

Assistance nutritionnelle et stades évolutifs du cancer

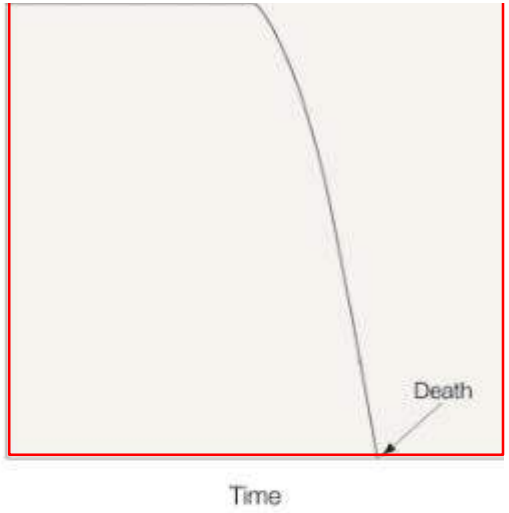


Fin de vie … trajectoires

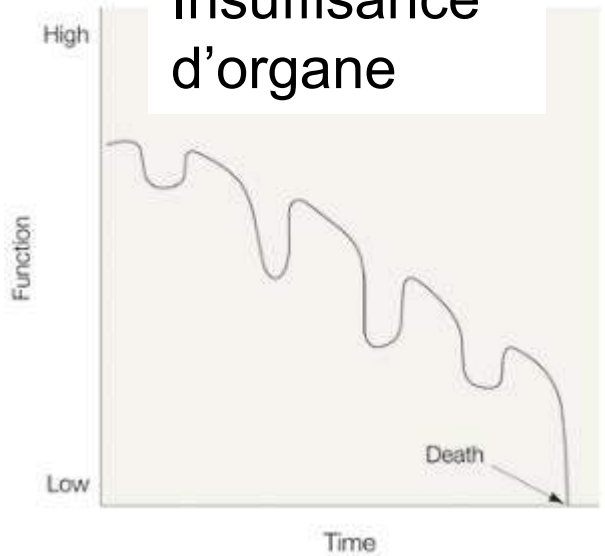
Mort subite



Maladie en phase terminale



Insuffisance d'organe



Fragilité

Lunney et al. JAMA, 2003

Clinical Nutrition xxx (2016) 1–38

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: http://www.elsevier.com/locate/clnu

ESPEN Guideline

ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients☆

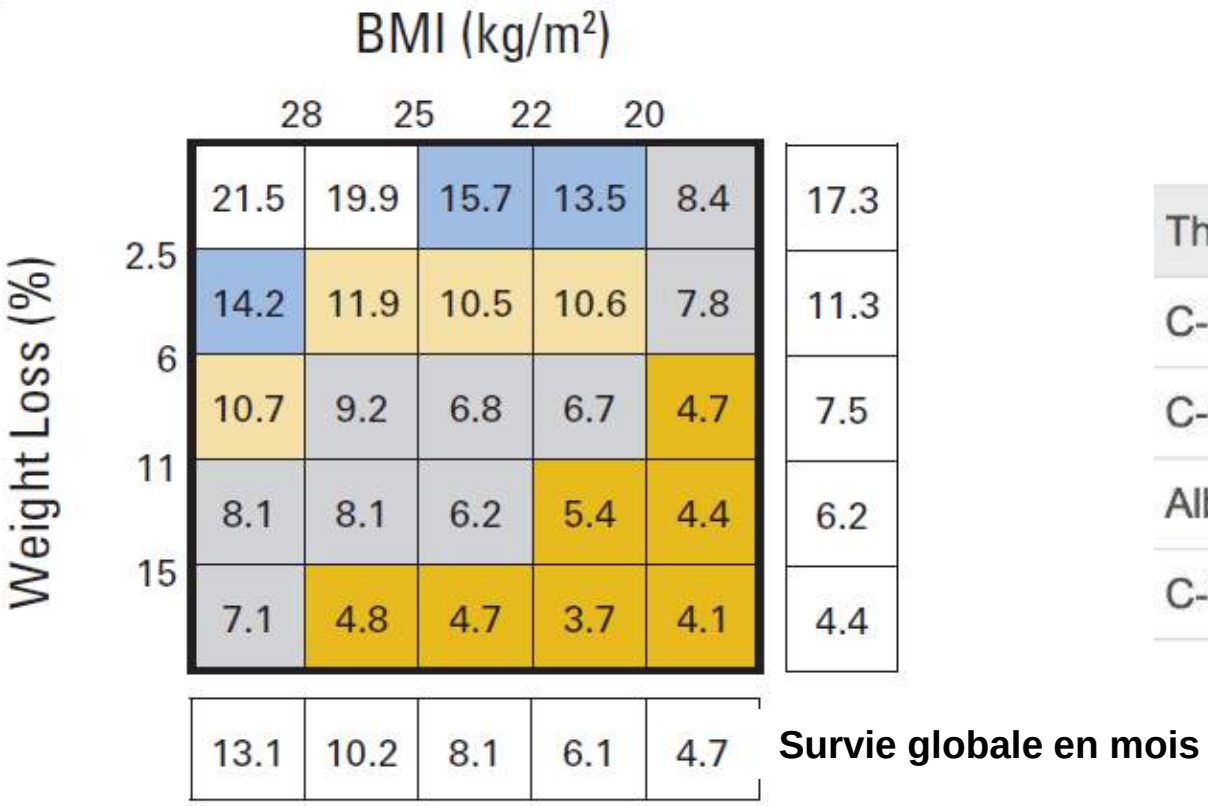
Jann Arends [a], Patrick Bachmann [b], Vickie Baracos [c], Nicole Barthelemy [d], Hartmut Bertz [a], Federico Bozzetti [e], Ken Fearon [f, j], Elisabeth Hütterer [g], Elizabeth Isenring [h], Stein Kaasa [i], Zeljko Krznaric [j], Barry Laird [k], Maria Larsson [l], Alessandro Laviano [m], Stefan Mühlebach [n], Maurizio Muscaritoli [m], Line Oldervoll [i, o], Paula Ravasco [p], Tora Solheim [q, r], Florian Strasser [s], Marian de van der Schueren [t, u], Jean-Charles Preiser [v, *]

“Plusieurs sociétés savantes ont recommandé la mise en place de la nutrition parentérale si aucune autre forme d’assistance nutritionnelle n’est possible et **la durée de survie dépasse de 1 à 3 mois.**

Arends et al. Clin Nut, 2016

Peut-on prédire la survie….

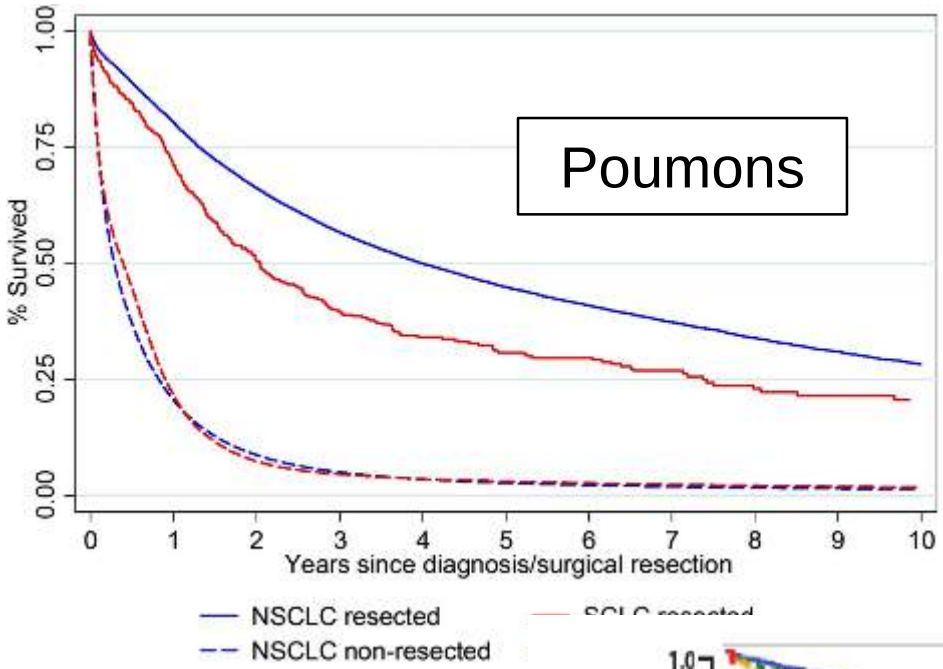
B



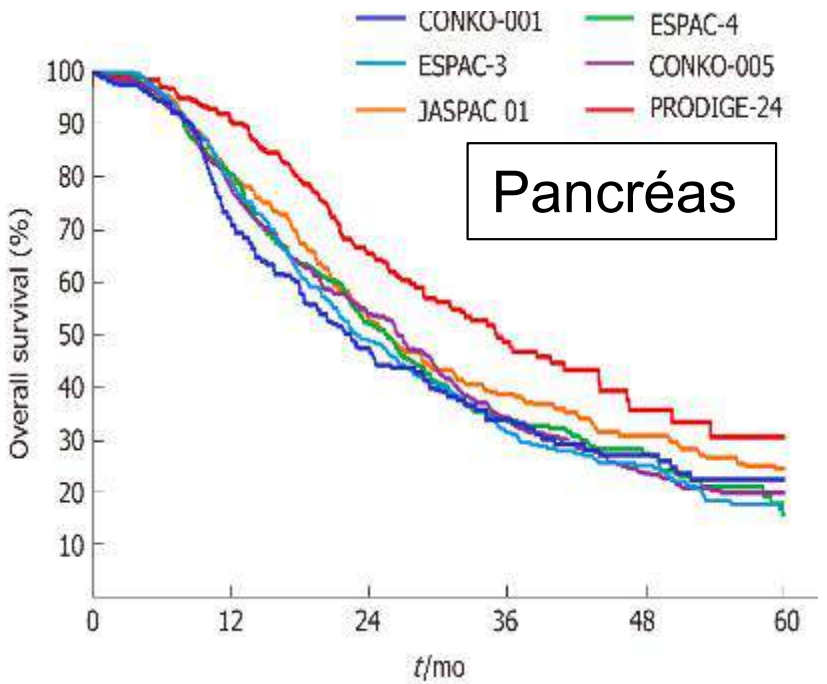
The Glasgow Prognostic Score (GPS)	Points allocated
C-Reactive protein ⩾10 mg/l and albumin ⩾35 g/l	0
C-Reactive protein >10 mg/l	1
Albumin <35 g/l	1
C-Reactive protein >10 mg/l and albumin <35 g/l	2

Martin et al. JCO, 2014

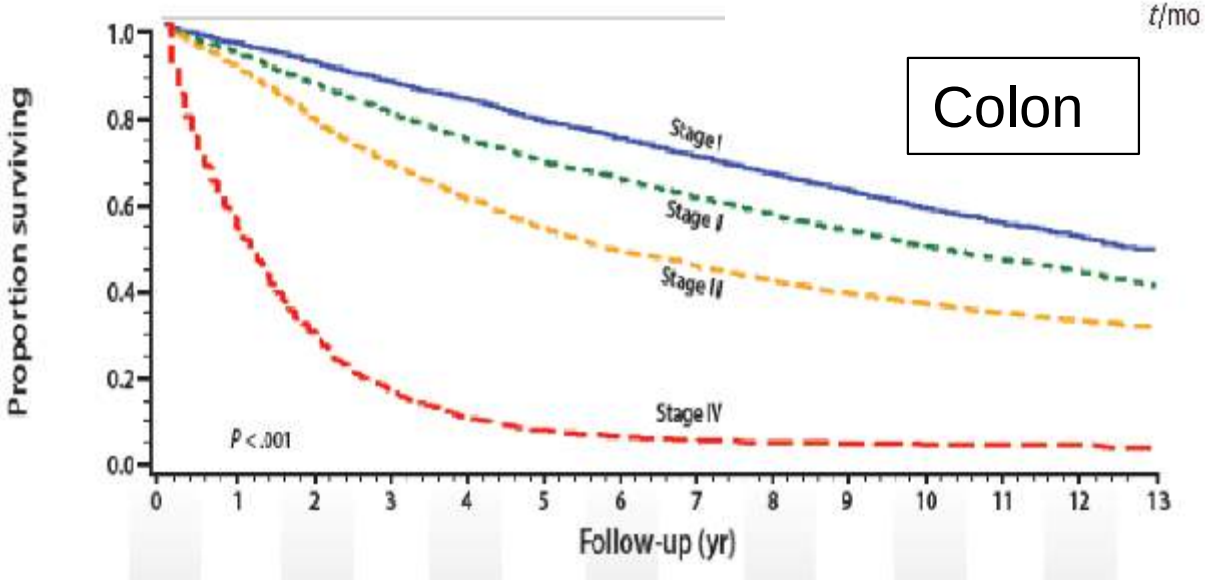
Peut -on estimer la survie….



Poumons



Pancréas



Colon

OMS score (PS)

Performans status

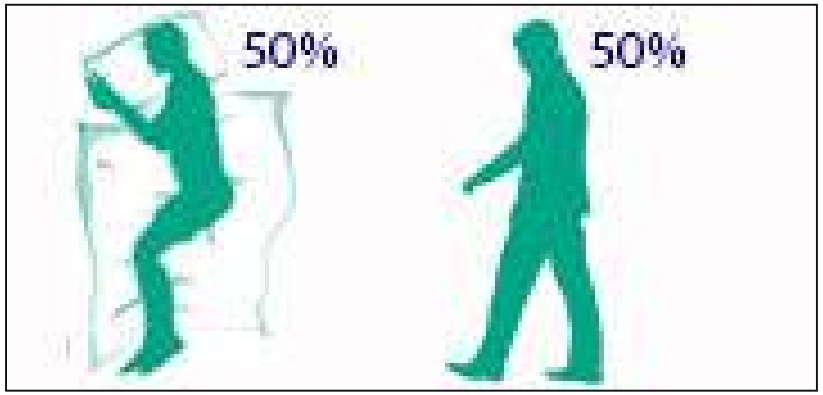
0 Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie sans aucune restriction.

1 Activité physique diminuée mais malade ambulatoire et capable de mener un travail. Toute activité physique pénible est exclue.

2 Malade ambulatoire et capable de prendre soin de lui même mais incapable de travailler. Alité ou en chaise moins de 50 % de son temps de veille.

3 Capable seulement de quelques soins, alité ou en chaise de plus de 50 % de son temps de veille.

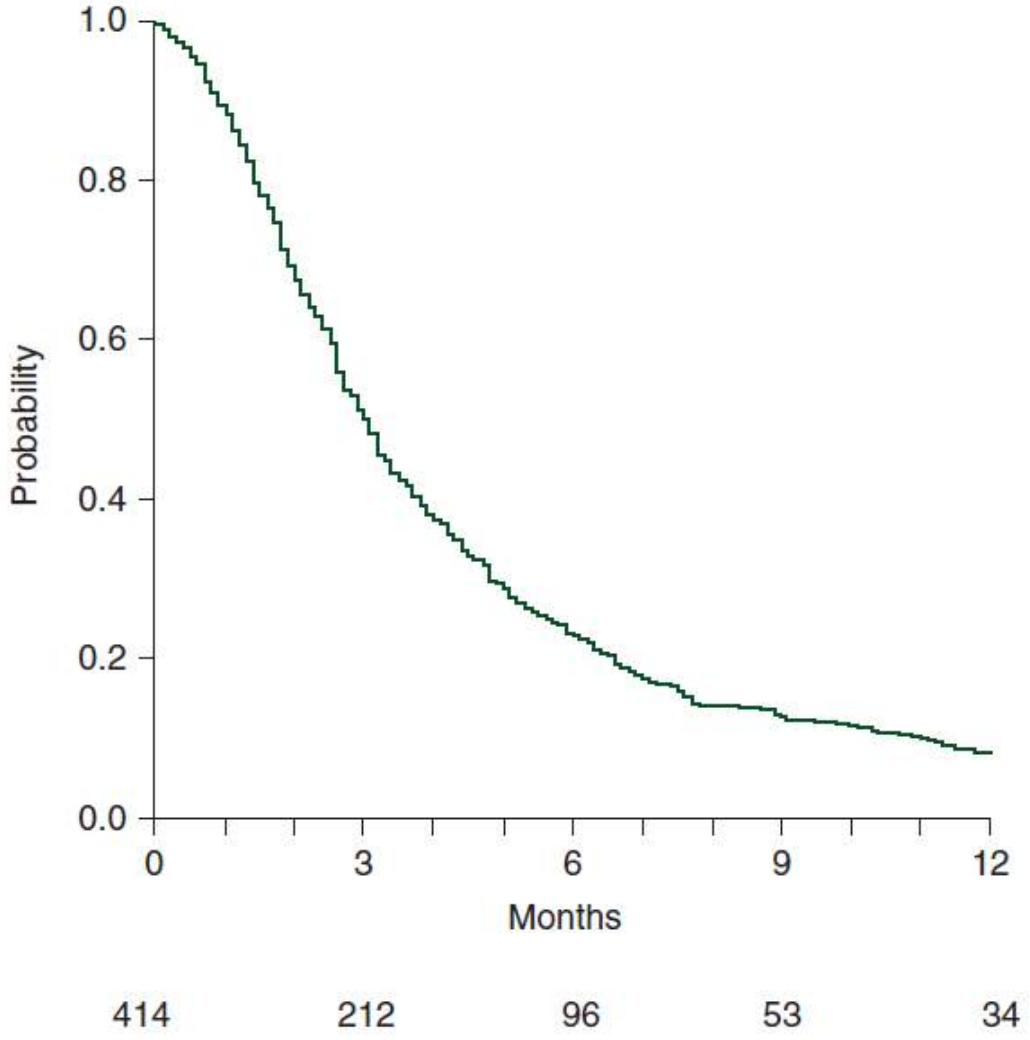
4 Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence.



Nutrition parentérale en fin de vie ?

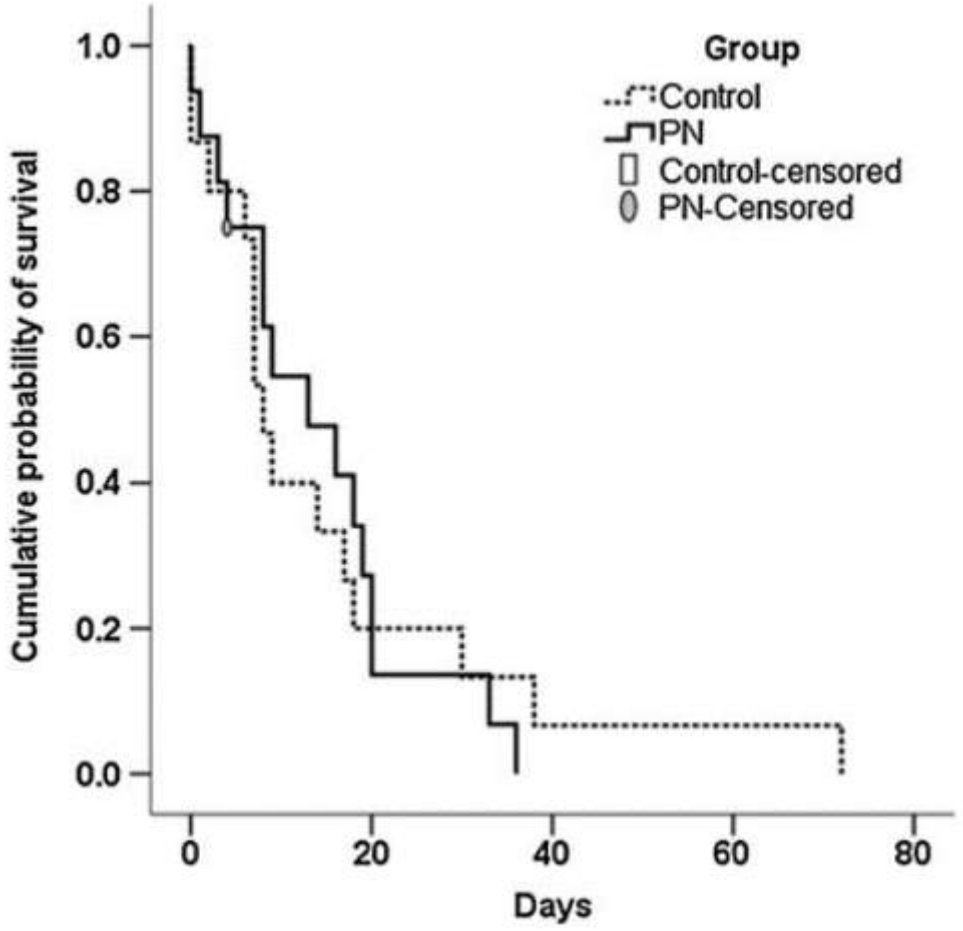
411 patients
Obstruction digestive
Prévision de la survie: moyenne 2 mois
Facteurs associés à la survie à 3 et 6 mois :

- -GPS
- -Karnofski
- -Extension tumorale



Bozzeti et al. An On, 2014

Mais si ça ne marche pas ?



Points faibles:

A)

Patients incluable 116

Patients inclus 31

Refus des patients ou famille du bras sans nutrition

B)

Patients trop malades :

PS 3-4, hypoalbuminémie, lymphopénie...

Oh et al, J Pal Med, 2014

Phase terminale

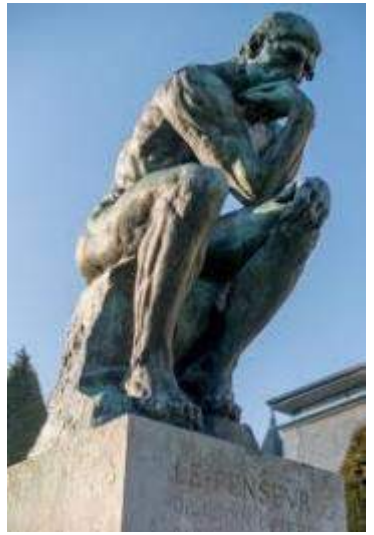
- Diminution des besoins énergétiques
- Absence de ressenti de la faim
- Alimentation plaisir (bouchés) si demandée par le patient

- Hydratation temporaire si confusion
- Soins de bouche (morphiniques...)

- Communication avec la famille

Assistance nutritionnelle et fin de vie

- Evaluation de probabilité de survie
  - Moins/Années vs Semaines
- Demande du patient (directives anticipées)
- Risque / bénéfice
- Assistance nutritionnelle intégrée aux soins du support
- Adaptation des apports aux objectifs définis
- Réévaluation régulière
- Décision pluridisciplinaire



Rodin tout seul, 1880

Alimentation plaisir pour les patients en soins palliatifs en stade avancé au CH Mayenne

MThé ES SAYEH, Diététicienne et Ghislaine BOURILLON,
Référente alimentation CH Nord Mayenne

Déclaration d’intérêts

- Absence de tout conflit d’intérêt

CONTEXTE

- Un premier travail sur la nutrition des personnes en fin de vie a été mené dans le département en 2012/2013 par les diététiciennes et les équipes mobiles de soins palliatifs.
- ⇨ **Proposition de travail en interne dans chacun des établissements.**
- Un groupe de travail pluridisciplinaire s'est constitué au CHNM pour réfléchir sur les repas servis aux patients en soins palliatifs en stade avancé.

Audit des plateaux

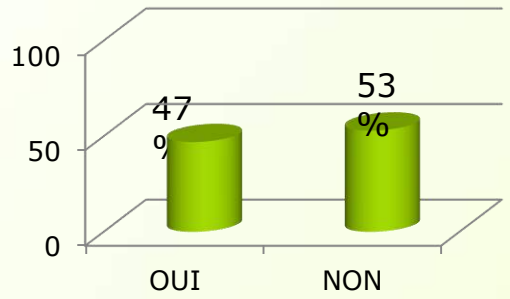
- En 2014 , audit réalisé par EMSP / Service Diététique sur 68 plateaux déjeuner servis aux personnes en soins palliatifs en stade avancé sur trois services.

Quelques résultats:

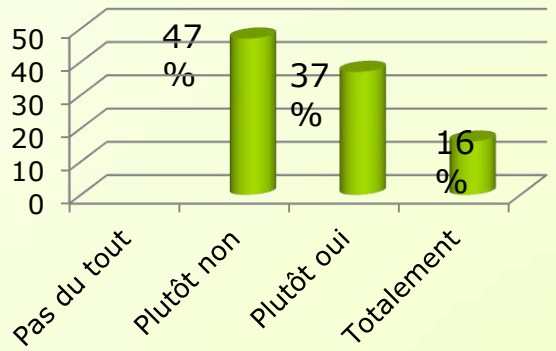
- La Moyenne d'âge est de 79 ans dont 77% ont plus de 75 ans.
- 75% des plateaux sont des plateaux avec régimes.
- 35% des plateaux sont en texture normale.

Satisfaction des patients interrogés

Avez-vous des envies particulières ?



Le plateau correspond-il à vos envies ?



Pourcentage de ce qui est consommé/ plateau dans la chambre.

	Entrée	Plat principal	Produit laitier	Crème enrichie	Dessert
Moyenne	53%	26%	50%	46%	**59%**

Commentaires des patients

Points positifs:

• Aiment les desserts et les entrées.

Points négatifs:

•Demandent aux familles d’apporter ce qu’ils aiment.
•Ont des Hauts de cœur en ouvrant les barquettes.
• Ne savent pas ce qu’ils mangent.
•Trop grandes quantités dans les barquettes .

Objectifs

- Privilégier le plaisir dans l'alimentation, accepter les choix des personnes concernées.
- Améliorer la qualité des menus proposés
  - ⇨présentation
  - ⇨variété
  - ⇨quantité
- Définir les critères d'inclusion et la place des régimes
- Ecriture d'une procédure pour l'amélioration des repas (commande, préparation , présentation et distribution)
- implication des familles

Régime « Alimentation plaisir »

- Mise en place au CHNM en décembre 2015

- De décembre 2015 à fin juin 2019
  210 patients ont bénéficié de
  l'alimentation plaisir:

Procédure « alimentation plaisir »

Elle comprend différentes étapes:

- La prescription médicale
- La commande et la préparation
- La distribution

Commande des plateaux au plus près du service et tous les jours

Distribution du repas:
Liaison froide
Service à l assiette

POUR TOUS LES REPAS

Propositions du jour

propositions Salées:
Club sandwich(au chèvre, au saumon fumé, au poulet)
Sardines à l huile
Maquereaux vin blanc
Rillettes
Verrines (pâtes basilic, taboulé, betteraves rouges, petits pois)
Pâté de campagne
Chips
Salades composées

Propositions Sucrés:
Assiettes gourmandes (3migniardises)
Mini viennoiseries (1 pain au chocolat+1 croissant)
Biscuits cuillère
Tarte aux pommes
Bavarois aux fruits rouges
Crème dessert chocolat, vanille, café

Boissons:
Jus de fruits(ananas, cocktail de fruits)
Coca cola
Vin rouge, rosé, cidre

En parallèle : Projet d'acquisition de tables de nuit réfrigérantes

Objectifs:

-Avoir des aliments plaisir dans la chambre

-Mieux impliquer les familles

Actions:

Pièces de théâtre, vente de chocolat gâteaux, tournoi de bridge, création de l'association « des petits plus… »

ACHATS : 4 tables de nuit et un mini frigo

Projets de l’association

- Actions prévues:

-Organisation d’un don du sang sur l hôpital en partenariat avec l’EFS qui a fait un don financier

- Acquisitions prévues:

-Un mini congélateur

-Casques audio

-transistors

Merci de votre attention