Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades.

Pr Jean Trédaniel
Unité de cancérologie thoracique
Hôpital Saint-Louis

Le cancer:
« une maladie pas comme les autres »

- Maladie fréquente, qui a souvent déjà touché l'entourage,
- Le pronostic vital est en jeu: **le malade le sait**,

→ CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES

- Les traitements anti-tumoraux sont souvent mutilants et toxiques,
- L'évolution est souvent marquée par des douleurs.

QUALITÉ DE VIE

→

Prise en charge et accompagnement

- Annonce du diagnostic,
- Évaluation du pronostic,
- Principes de la surveillance,
- Soins palliatifs,
- Prise en charge des symptômes.

Prise en charge et accompagnement

- **Annonce du diagnostic,**
- Évaluation du pronostic,
- Principes de la surveillance,
- Soins palliatifs,
- Prise en charge des symptômes.

Article 35 du code de déontologie médicale (1)

« le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose.

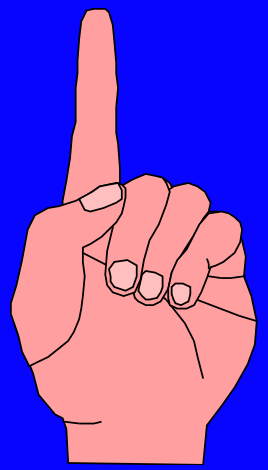
Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension….

Toutefois, dans l'intérêt des malades et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave …

Article 35 du code de déontologie médicale (2)

…, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais **les proches doivent en être prévenus**, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite »



L'annonce du diagnostic

- Doit se faire dans un cadre approprié,
- Sur le mode d'un dialogue,
- En utilisant un langage adapté,
- De façon progressive, parfois sur plusieurs rencontres,
- Elle est **toujours associée** à la proposition d'un **projet thérapeutique**,
- Sans compter son temps !

L'information du patient doit porter sur (1):

- Le diagnostic,
- Les différentes options thérapeutiques,
- Les objectifs des traitements proposés,
- Leurs bénéfices et leurs inconvénients,
- Les effets secondaires attendus, ainsi que les risques encourus.
- Exemple:
  - Cancer de la prostate localisé.

L'information du patient doit porter sur (2):

- Même en dehors d'un protocole de recherche, le consentement libre et éclairé du malade doit être obtenu avant la mise en œuvre de tout examen ou traitement,
- Il est recommandé que l'information transmise au patient soit transcrite dans son dossier, et transmise aux différents membres de l'équipe soignante.
- L'accès du patient à son dossier est autorisé par la loi.

Plan cancer: mesure 31

- Faire bénéficier 100% des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier. Synthétiser le parcours thérapeutique prévisionnel issu de cette concertation sous la forme d'un « programme personnalisé de soins » remis au patient.

Plan cancer: mesure 35

- Favoriser la diffusion large et, surtout, l'utilisation des recommandations de pratique clinique en cancérologie et leur accessibilité aux patients.

Plan cancer: mesure 39

- Rendre le système de prise en charge du cancer transparent et compréhensible pour les patients en développant, au plus près des lieux de vie, les points d'information sur le cancer

Plan cancer: mesure 40

- Permettre aux patients de bénéficier de meilleures conditions d'annonce du diagnostic de leur maladie

Les réactions des patients

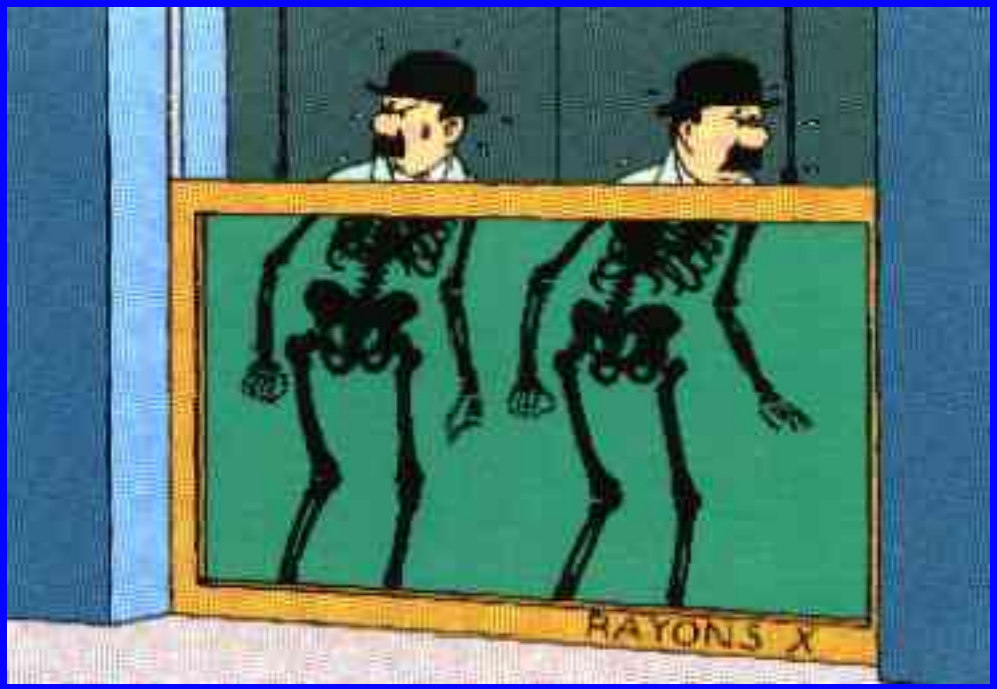
À l'annonce du diagnostic

émotion, peur, inquiétude sur le diagnostic, traitement, angoisse de mor

répression des affects

Intervention d'un psychologue clinicien

- Dans ces situations à risque,
- D'une façon générale, chaque fois que possible.

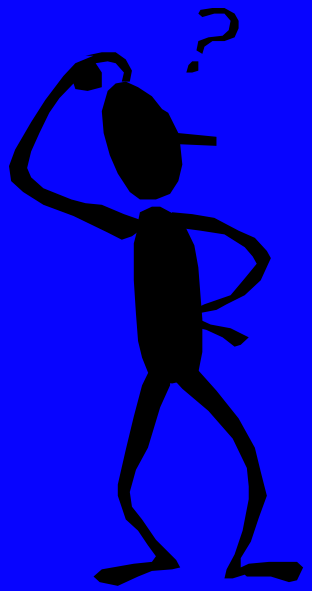


Prise en charge et accompagnement

- Annonce du diagnostic,
- **Évaluation du pronostic,**
- Principes de la surveillance,
- Soins palliatifs,
- Prise en charge des symptômes.

Évaluation du pronostic

- Arguments cliniques
- Arguments anatomo-pathologiques

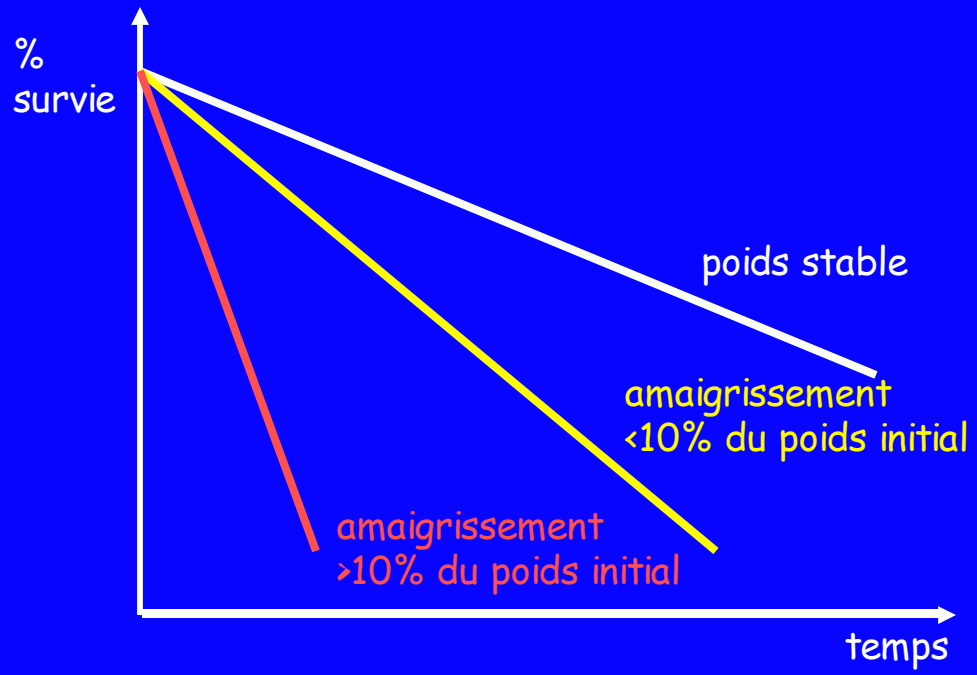


Évaluation du pronostic

- Arguments cliniques (1):
  - État général et indice d'activité (« performance status » des anglo-saxons) jugé sur l'échelle de Karnofsky (graduée de 0 à 100) ou l'échelle OMS, graduée de 0 à 4:
    - 0: activité normale,
    - 1: patient symptomatique mais autonome,
    - 2: patient alité <50% du temps diurne,
    - 3: patient alité >50% du temps diurne,
    - 4: patient grabataire.

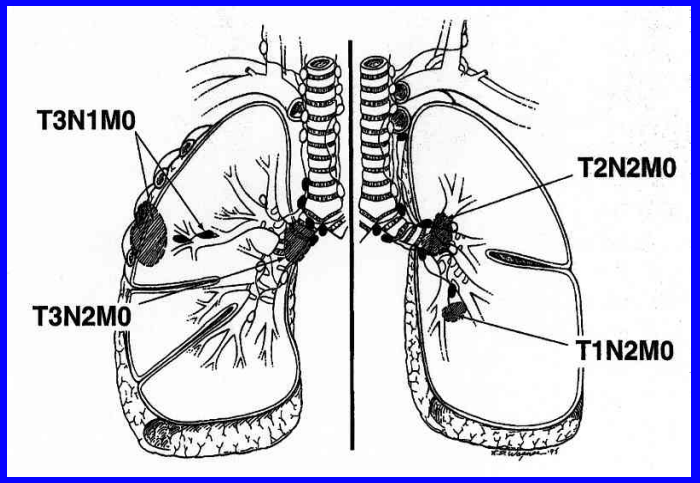
Évaluation du pronostic

- Arguments cliniques (2):
  - Le degré d'amaigrissement (0%, </> 10%),
  - L'âge … physiologique,
  - Les ATCD et co-morbidités,



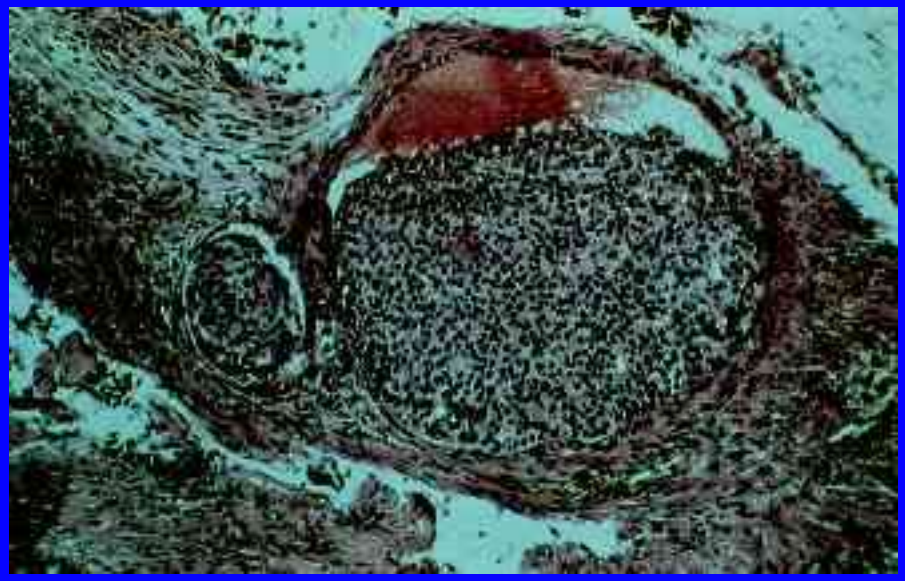
Classification TNM

- Elle est définie et mise à jour par l'UICC,
- T: tumeur, N: ganglion (« node »), M: métastase,
- Elle est établie au moment du diagnostic et n'est plus modifiée au cours de l'évolution,
- Précédée de « c » quand elle est clinique et radiologique, de « p » quand elle est établie après exérèse chirurgicale.



Évaluation du pronostic

- Arguments cliniques
- **Arguments anatomo-pathologiques**



(cancer du sein: invasion vasculaire)

Évaluation du pronostic

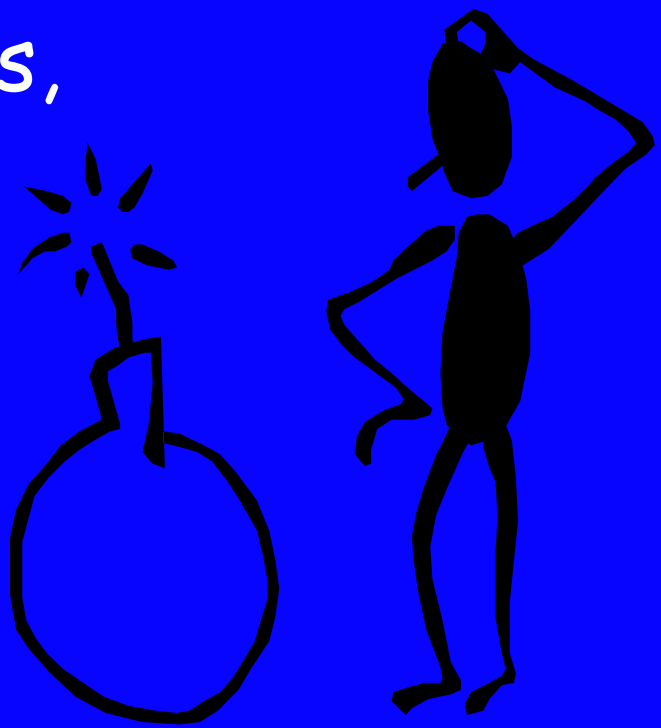
- Arguments anatomo-pathologiques
  - Caractéristiques histologiques:
    - Modifications cytologiques, architecturales et nucléaires,
    - Extension aux structures voisines,
    - Différenciation tumorale,
  - Grades histopronostiques:
    - Grade de Scarff, Bloom et Richardson (SBR): cancer du sein,
    - Score de Gleason: cancer de la prostate,
  - Qualité de l'exérèse chirurgicale, quand elle a eu lieu.

Prise en charge et accompagnement

- Annonce du diagnostic,
- Évaluation du pronostic,
- **Principes de la surveillance,**
- Soins palliatifs,
- Prise en charge des symptômes.

Principes de la surveillance

- Notions de guérison, période de risque, taux de survie,
- Surveillance des cancers,
- Réinsertion.

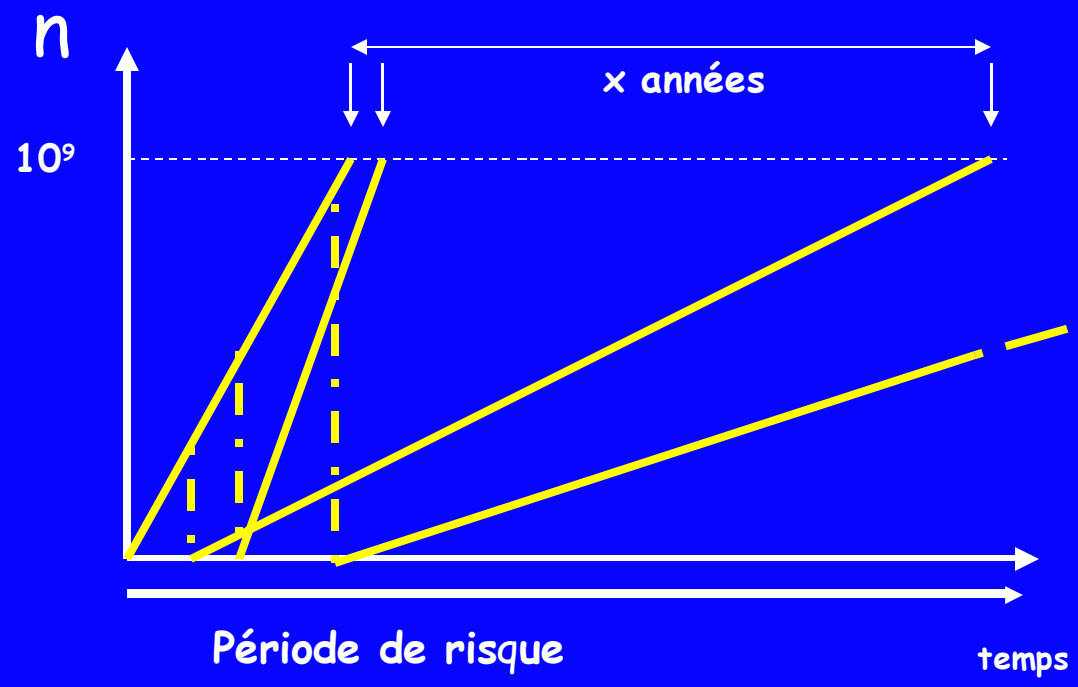


Guérison d'un cancer ?

- Retour à un état complet de bien être physique, mental et social (définition OMS),
- Avec un minimum de séquelles physiques, psychologiques, sociales et professionnelles,
- C'est une **notion discutable en cancérologie** en raison du risque de rechute, parfois tardive.

Guérison d'un cancer ?

- **À l'échelon individuel**
  - Il est difficile d'affirmer individuellement la guérison,
  - Ce qui justifie une surveillance prolongée.

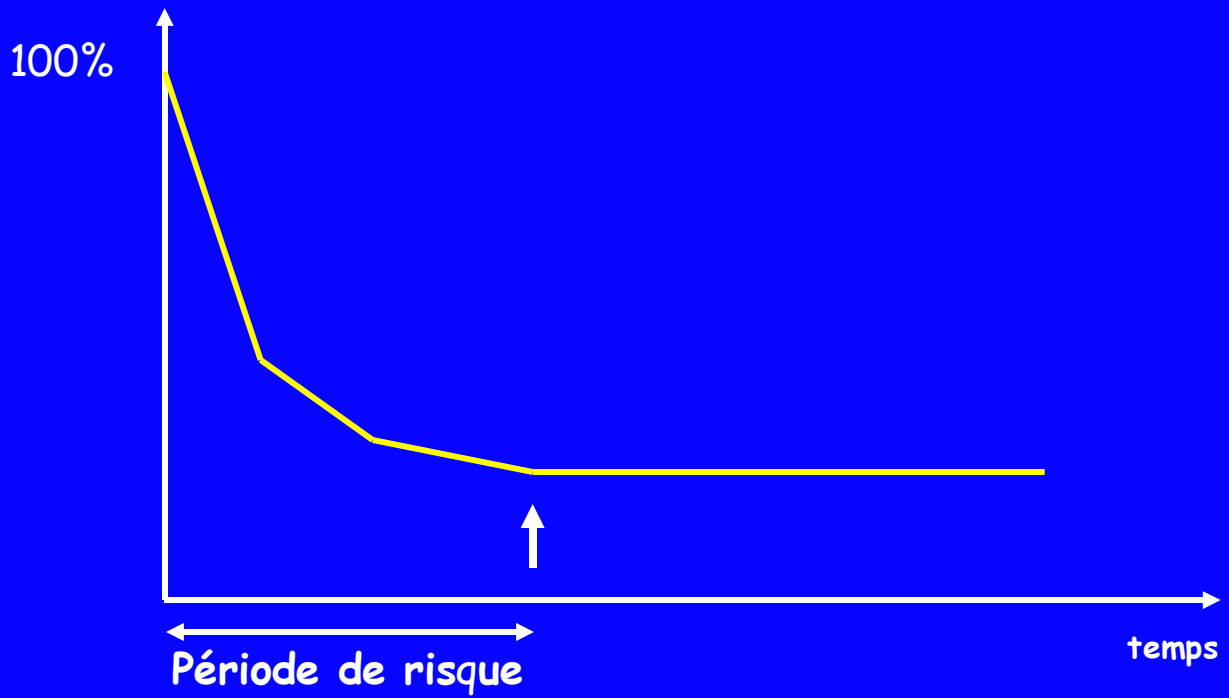


Guérison d'un cancer ?

- **À l'échelon individuel**,
  - la guérison doit s'accompagner d'un minimum de séquelles physiques, psychologiques et sociales,
  - ce qui suppose que le patient reprenne son statut social, familial et professionnel et, donc, le maximum de ses activités antérieures.

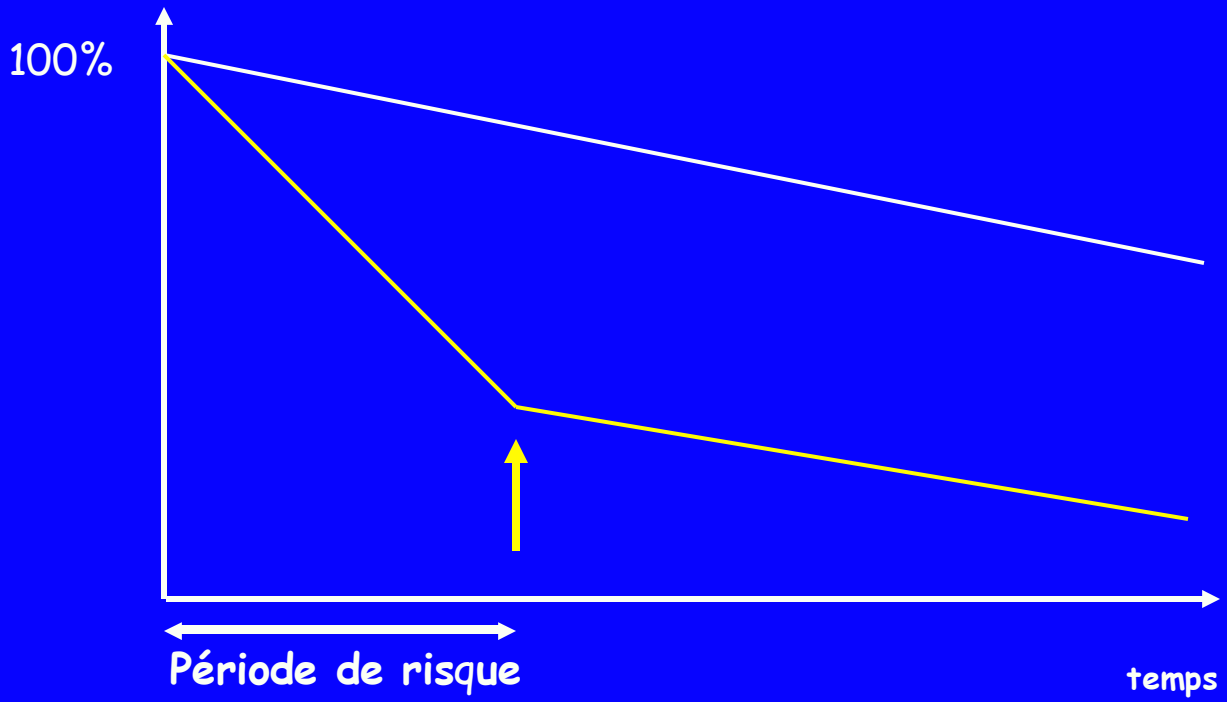
Guérison d'un cancer ?

- **<u>À l'échelon d'une population traitée</u>** (ex: protocole thérapeutique), la guérison se traduit après un certain délai (durant lequel se manifestent les échecs et les rechutes) par l'aspect en plateau de la courbe de survie qui s'horizontalise.



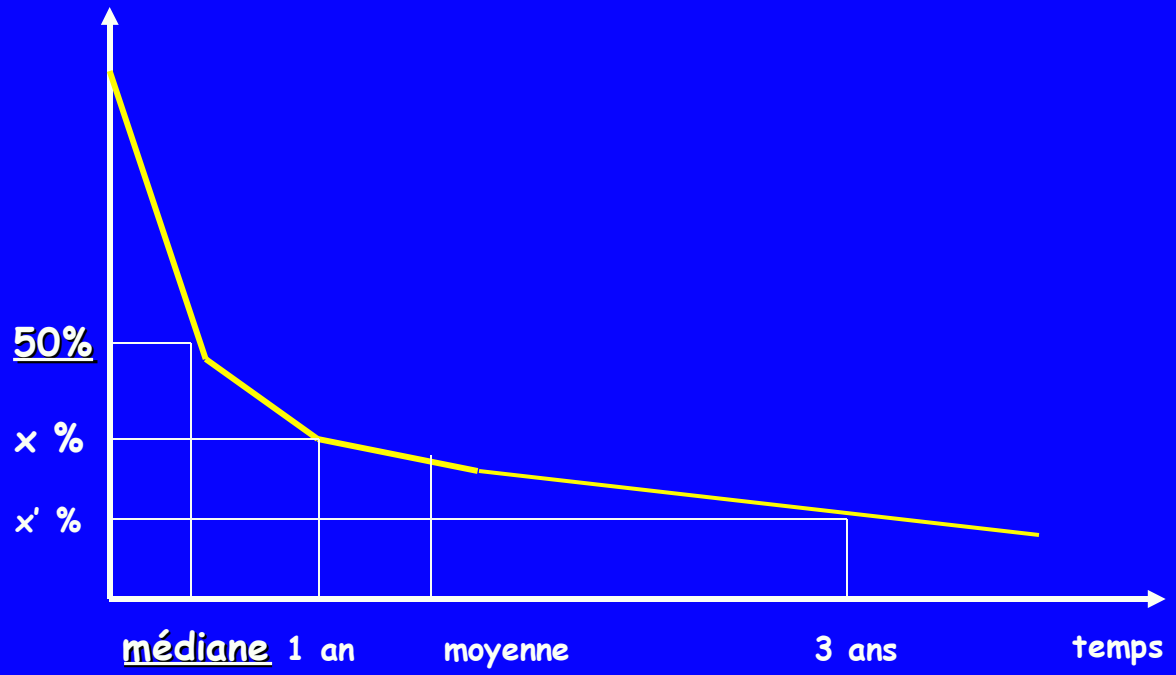
Guérison d'un cancer ?

- **Au plan collectif**, la guérison se traduit par une courbe de survie qui devient parallèle à celle d'une population témoin de même âge et de même structure.



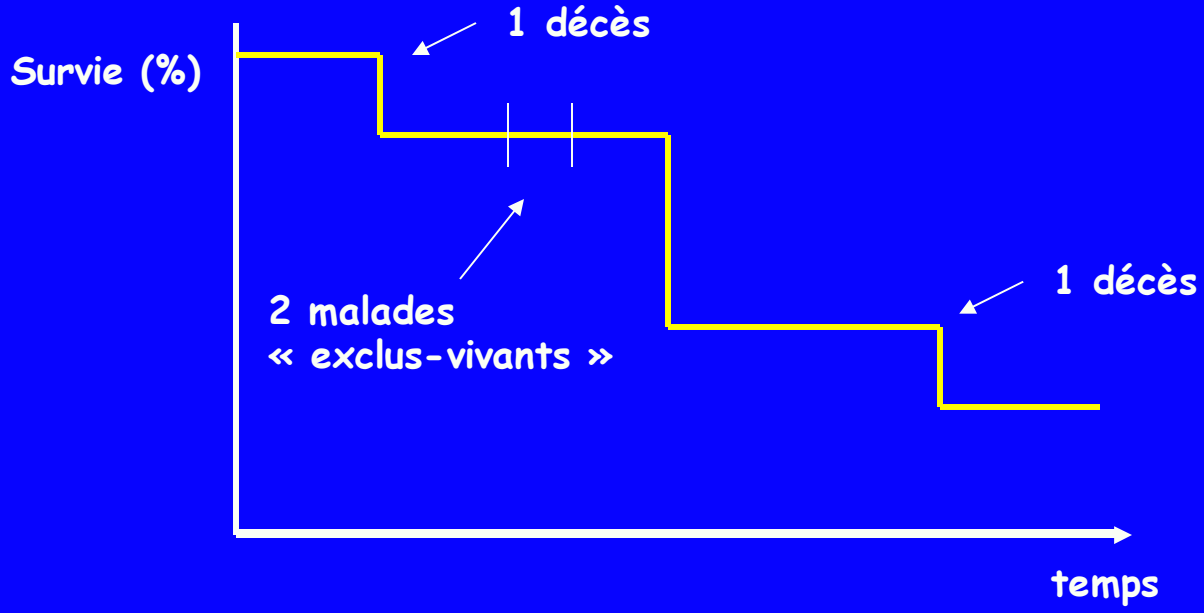
Évaluation des résultats: la survie !

- Survie globale (overall survival),
- Survie sans maladie (disease-free survival)
- On relève la médiane de survie (et non la moyenne), les taux de patients vivants à x mois ou années après le diagnostic.

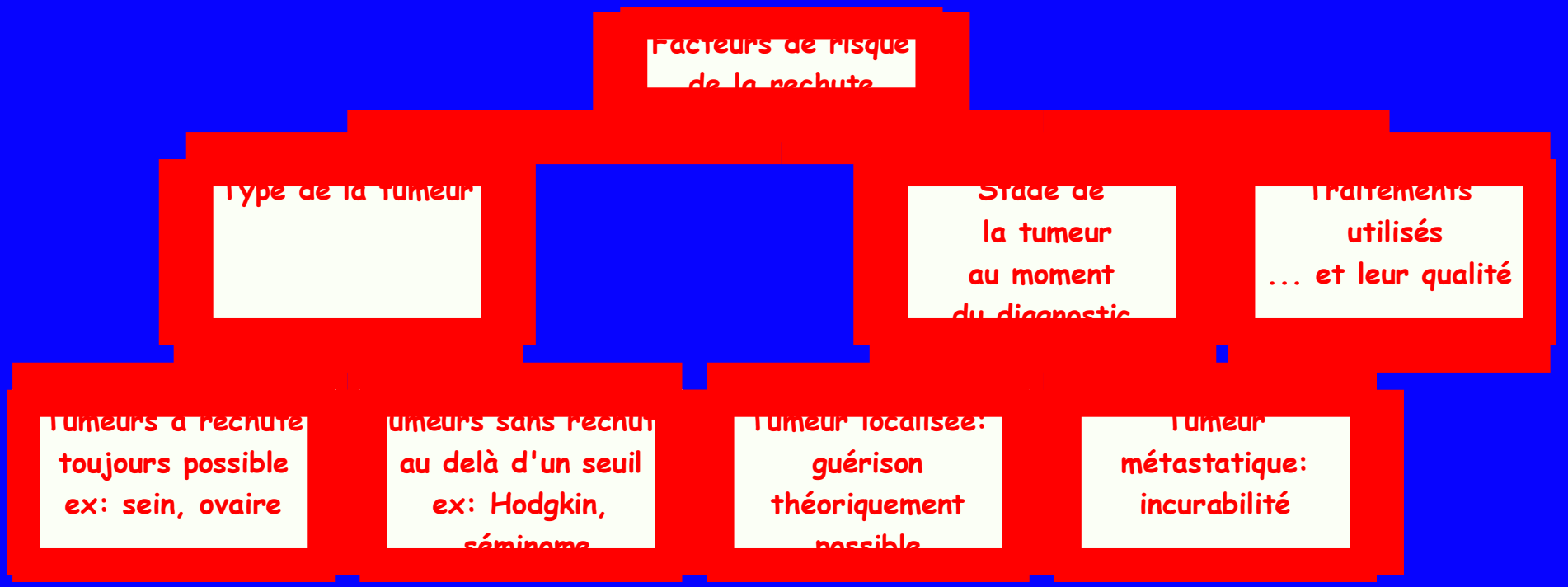


Courbe de survie de Kaplan-Meier

- Elle décrit de façon la plus précise possible la survie,
- Elle a une traduction graphique en marches d'escalier de hauteurs inégales (pour tenir compte des sujets au recul insuffisant) où chaque événement (en l'occurrence chaque décès) représente la verticale d'une marche.



Facteurs prédictifs de la guérison



Principes de la surveillance

- Elle doit prendre en compte:
  - les bénéfices obtenus par le traitement ainsi que ses effets secondaires et sa toxicité,
  - la qualité de vie du malade,
  - le coût économique de la stratégie de surveillance,
  - et les effets psychologiques sur les patients (anxiété ++).

La surveillance doit se focaliser sur:

- L'évaluation de la réponse au traitement,
- Le dépistage de la rechute, locale et générale,
- La prise en compte des complications iatrogènes et des séquelles du traitement,
- La réhabilitation psychologique, la réinsertion professionnelle,
- Le soutien aux familles (enfants +++).

Surveillance de la tolérance au traitement.

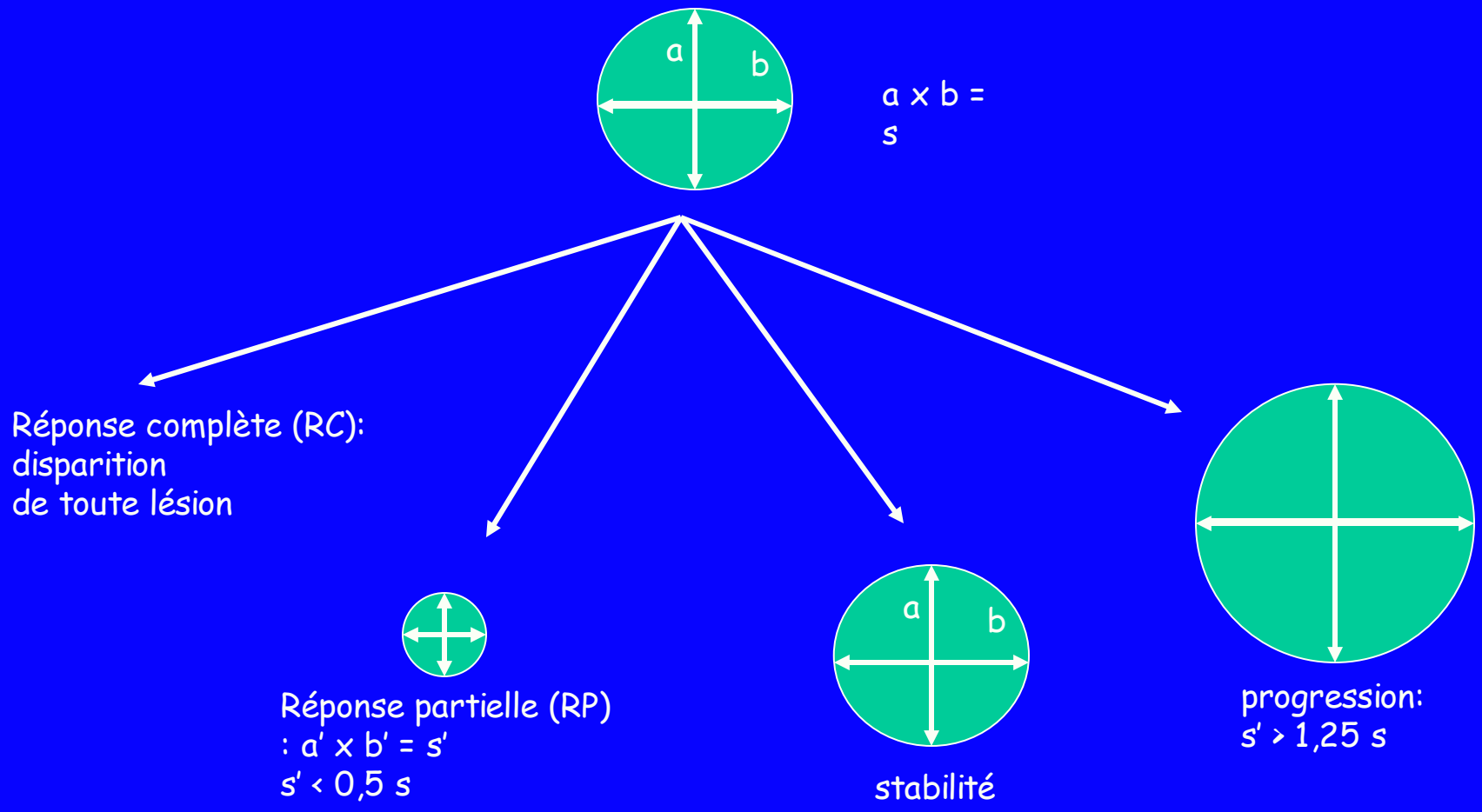
Evaluation globale de la stratégie thérapeutique

Chimiothérapie: nausées, vomissements tolérance hématologique alopécie

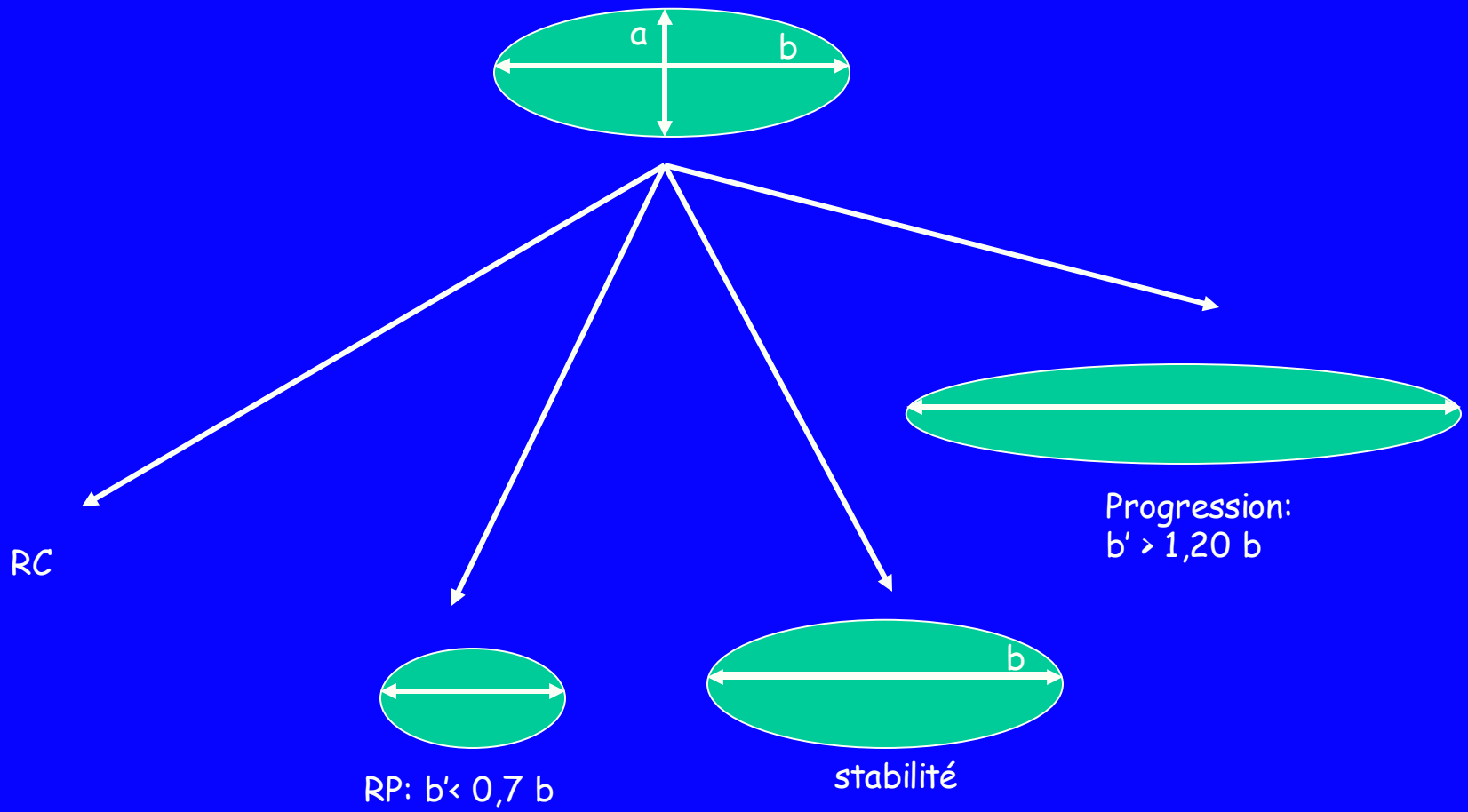
Radiothérapie: surveillance cutanée, muqueuse, troubles digestifs

Chirurgie: douleur +++

Évaluation de la réponse au traitement: critères OMS (1)

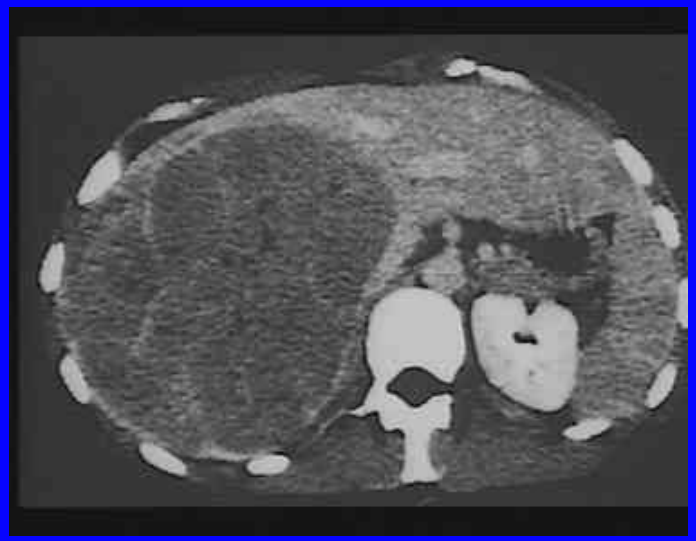


Évaluation de la réponse au traitement: critères RECIST: Response Evaluation Criteria In Solid Tumors (2)



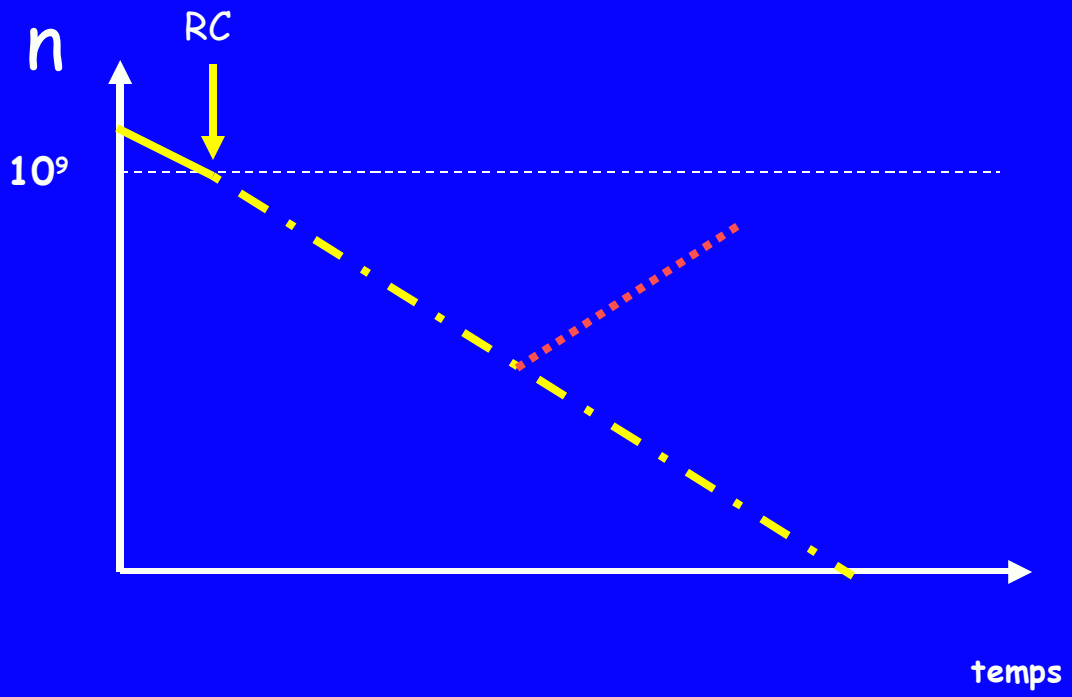
Confirmation des réponses

- Les réponses radiologiques doivent être confirmées par un nouvel examen (scanner) effectué au minimum à 4 semaines de distance du premier.



Réponse complète

- Son évaluation est fonction de la sensibilité de la méthode utilisée (scanner > radio simple, etc),
- Problème de la maladie microscopique résiduelle:



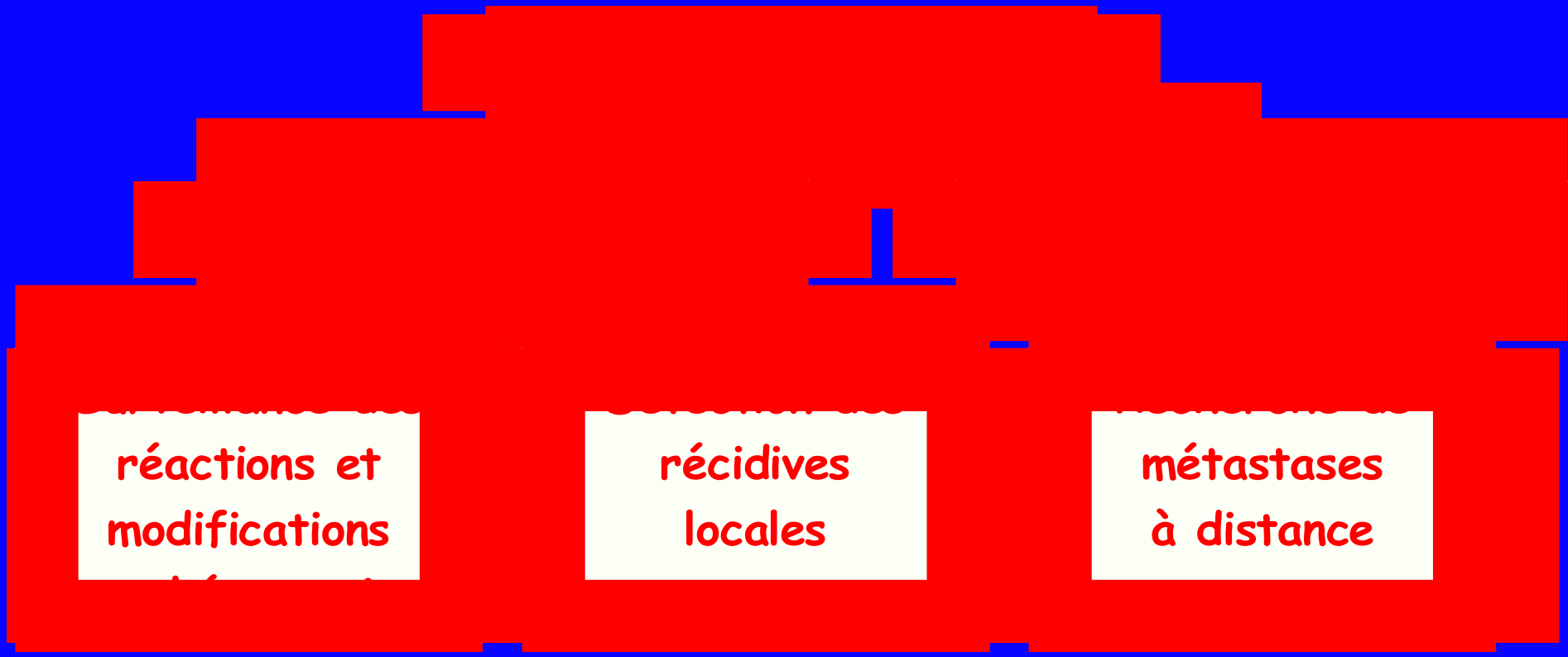
Rythme de la surveillance après le traitement (1)

- Elle est régulière mais adaptée
  - au risque de rechute (théorique) de la tumeur,
  - à l'état général et à la symptomatologie (douleur +++) du patient,
  - au recul par rapport au diagnostic,
- Schématiquement: visite trimestrielle les deux premières années, puis semestrielle pendant 3 ans, puis annuelle.

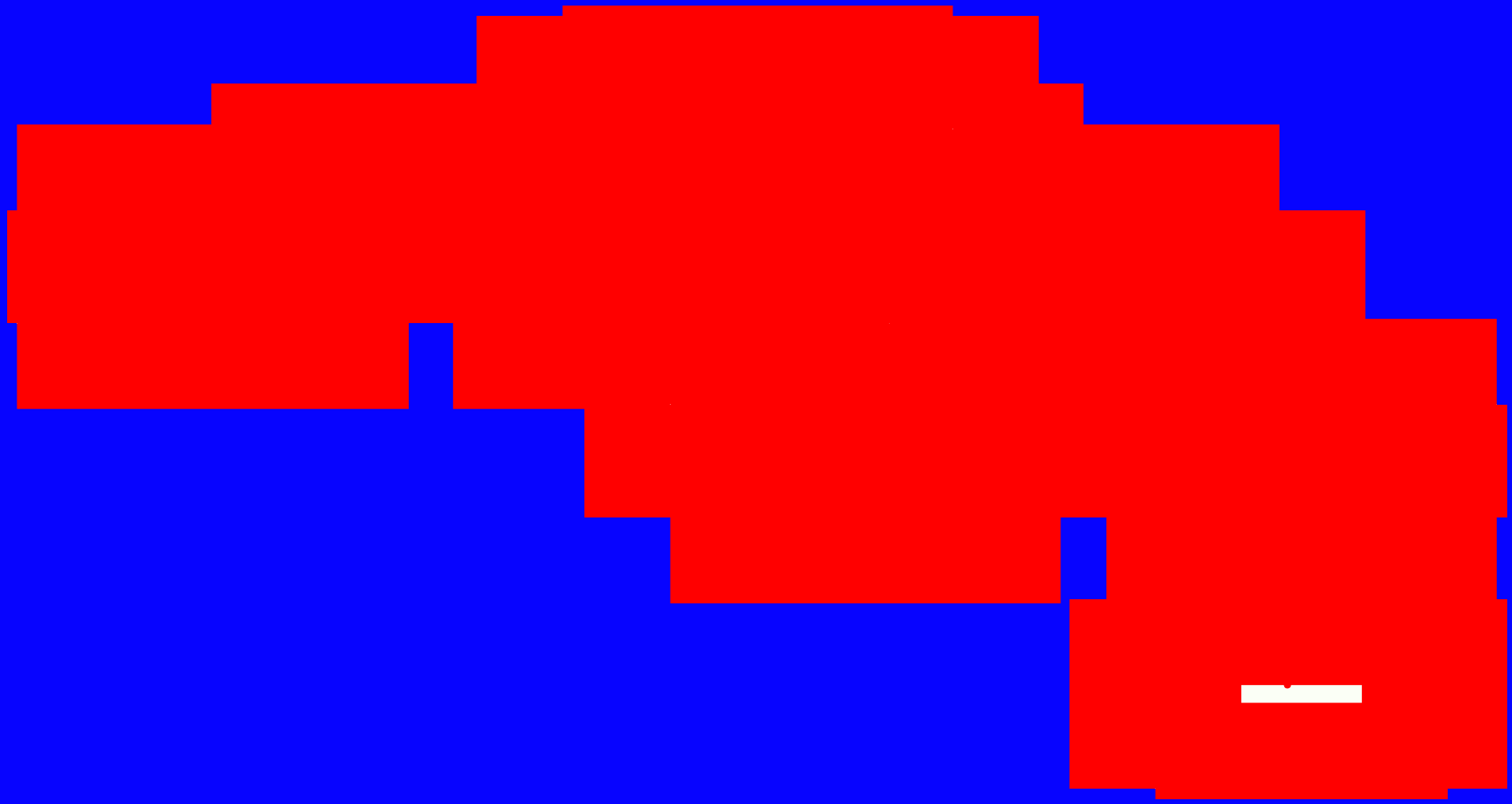
Rythme de la surveillance après le traitement (2)

- Il faut expliquer au patient:
  - qu'il reste pris en charge même à distance du traitement,
  - qu'il doit prévenir pour toute symptomatologie inhabituelle qui ne ferait pas rapidement l'objet d'un diagnostic et d'un traitement efficace.

La surveillance est double:

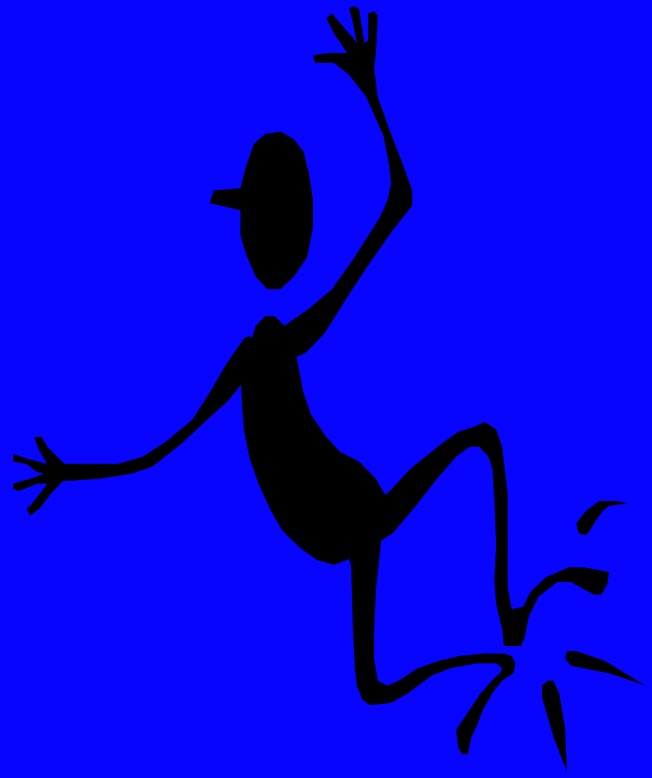


Moyens de la surveillance



Réinsertion

- Générale
  - Physique,
  - Sexuelle,
  - Fonctionnelle,
  - Psychosociale,
- Sociale.



Réinsertion générale

- Conseils hygiéno-diététiques,
- Rééducation fonctionnelle,
- Reconstructions chirurgicales.

Réinsertion générale: réinsertion et sexualité (1)

- Contraception chez la femme:
  - Pendant le traitement,
  - Puis après: 5 ans après un cancer du sein (période à risque de rechute),
- Contraception chez l'homme (?).

Réinsertion générale: réinsertion et sexualité (2)

- La grossesse est possible après traitement d'un cancer (5 à 10% des femmes de moins de 40 ans traitées pour un cancer du sein):
  - Un cancer antérieur n'influe pas sur la grossesse (même s'il y a eu chimiothérapie),
  - Après cancer du sein, la grossesse n'augmente pas le risque de récidive et n'aggrave pas le pronostic.

Réinsertion générale: réinsertion et sexualité (3)

- Le traitement hormonal substitutif de la ménopause est interdit après traitement d'un cancer hormonodépendant (sein, endomètre),
- Préservation de la fertilité ultérieure:
  - Conservation du sperme avant traitement,
  - Transplantation des ovaires (en dehors d 'un champ d'irradiation).

Vaccination pendant et après traitement d'un cancer

- Les vaccins vivants atténués (vaccin anti-variolique) sont contre-indiqués,
- Les autres vaccins peuvent être utilisés: le seul risque est une diminution d'efficacité
  - Ainsi, les vaccins anti grippe et anti tétanique ne présentent aucun danger !

Réinsertion sociale

- Elle doit aider le patient et sa famille,
- Aide sociale (congés de maladie, reprise du travail, etc),
- Aide financière (secours par des ONG),
- Acteurs: assistantes sociales, associations d'anciens malades, services sociaux publics et privés.

Prise en charge et accompagnement

- Annonce du diagnostic,
- Évaluation du pronostic,
- Principes de la surveillance,
- **Soins palliatifs,**
- Prise en charge des symptômes.

Soins palliatifs: définition (1)

- « Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques, ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle…

Soins palliatifs: définition (2)

- Les soins palliatifs et l'accompagnement sont multidisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel...

Soins palliatifs: définition (3)

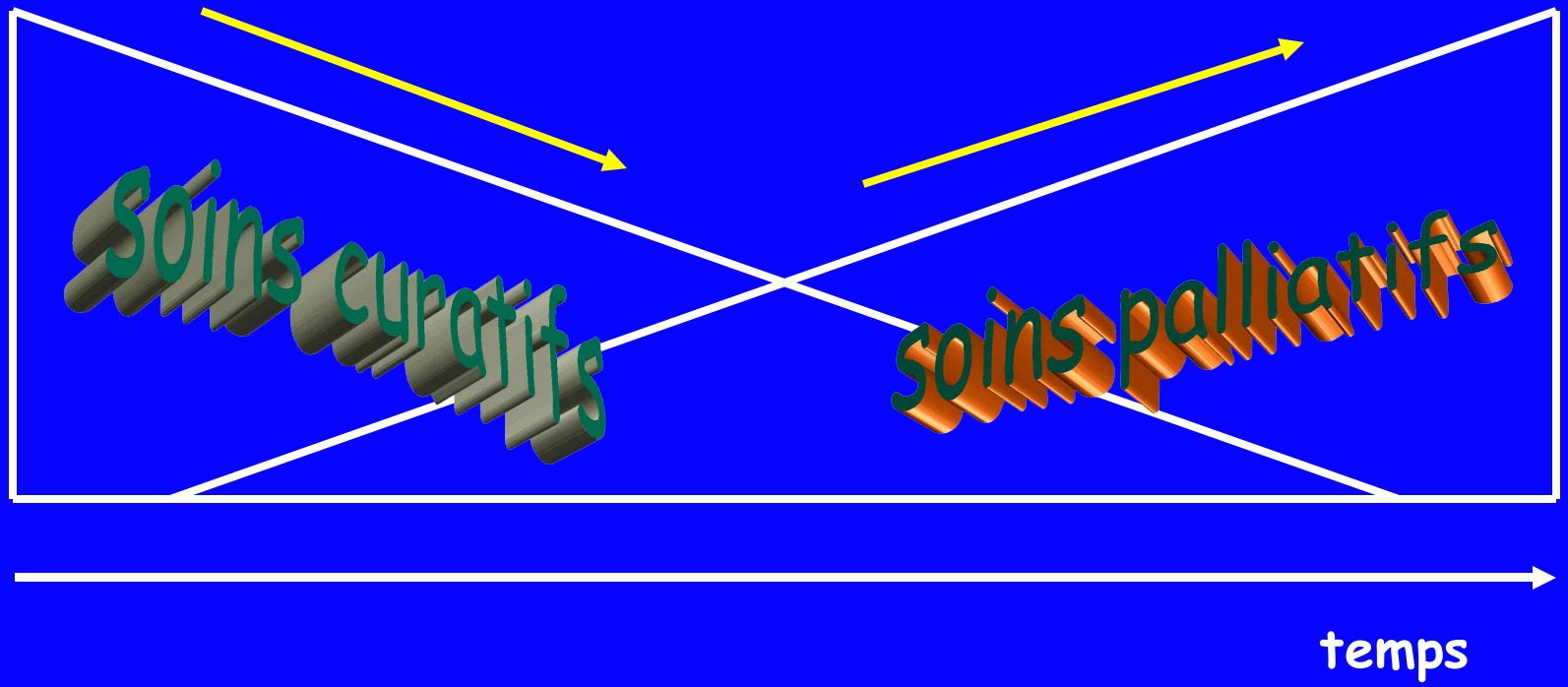
- Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables.

  ILS SE REFUSENT À PROVOQUER INTENTIONNELLEMENT LA MORT. »

Soins palliatifs: « philosophie »

- Le but des soins palliatifs est d'obtenir la meilleure qualité de vie pour les malades et leur famille par un accompagnement,
- Ils privilégient les traitements améliorant le confort de vie et soulageant les douleurs plutôt que de prolonger la durée de vie indépendamment de la qualité de vie.

Les soins palliatifs et l'accompagnement s'inscrivent dans une démarche de soins continus.



Plan cancer: mesure 42

- Accroître les possibilités pour les patients de bénéficier de soins de support, en particulier prise en compte de la douleur et soutien psychologique et social

Plan cancer: mesure 43

- Soutenir le développement des soins palliatifs, dont 80% de l'activité est consacrée au cancer, dans le cadre du programme national de développement des soins palliatifs

La décision d'une prise en charge en soins palliatifs est prise par l'équipe impliquée dans les soins curatifs

- D'où l'importance d'avoir évoqué la démarche palliative bien avant d'arrêter les soins curatifs: processus continu !
  - Nécessité des réunions multidisciplinaires,
  - Mais difficulté d'évaluation de l'espérance de vie réelle des malades.

Cette prise en charge globale nécessite:

- Une écoute attentive du malade,
- Le diagnostic et un inventaire précis des symptômes, en particulier de ceux dont le contrôle est prioritaire pour le malade,
- La connaissance des besoins et souhaits du patient et de son entourage,
- Une information claire donnée au patient sur le projet thérapeutique (?).

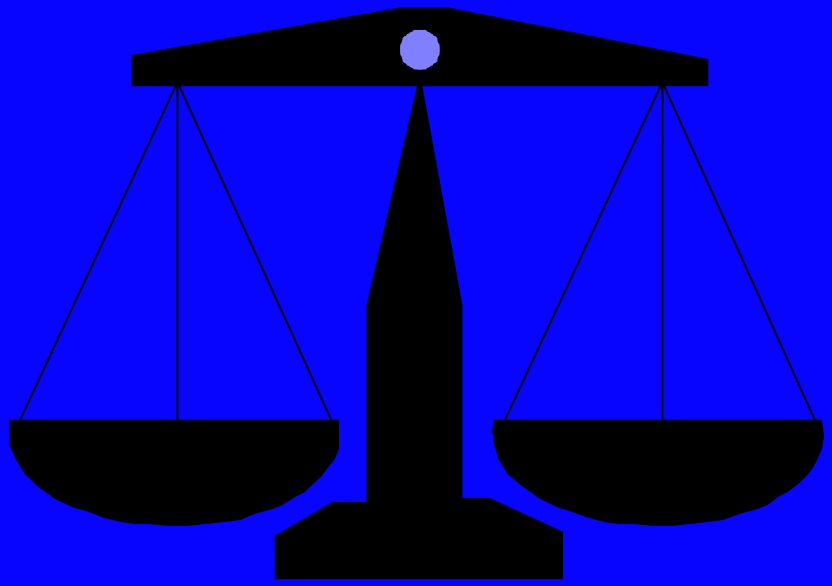
Désir du malade et de sa famille
Possibilités matérielles au domicile
Accord du MT
HAD
domicile
hôpital
Réseaux de soins
IDE à domicile

Dispositions légales

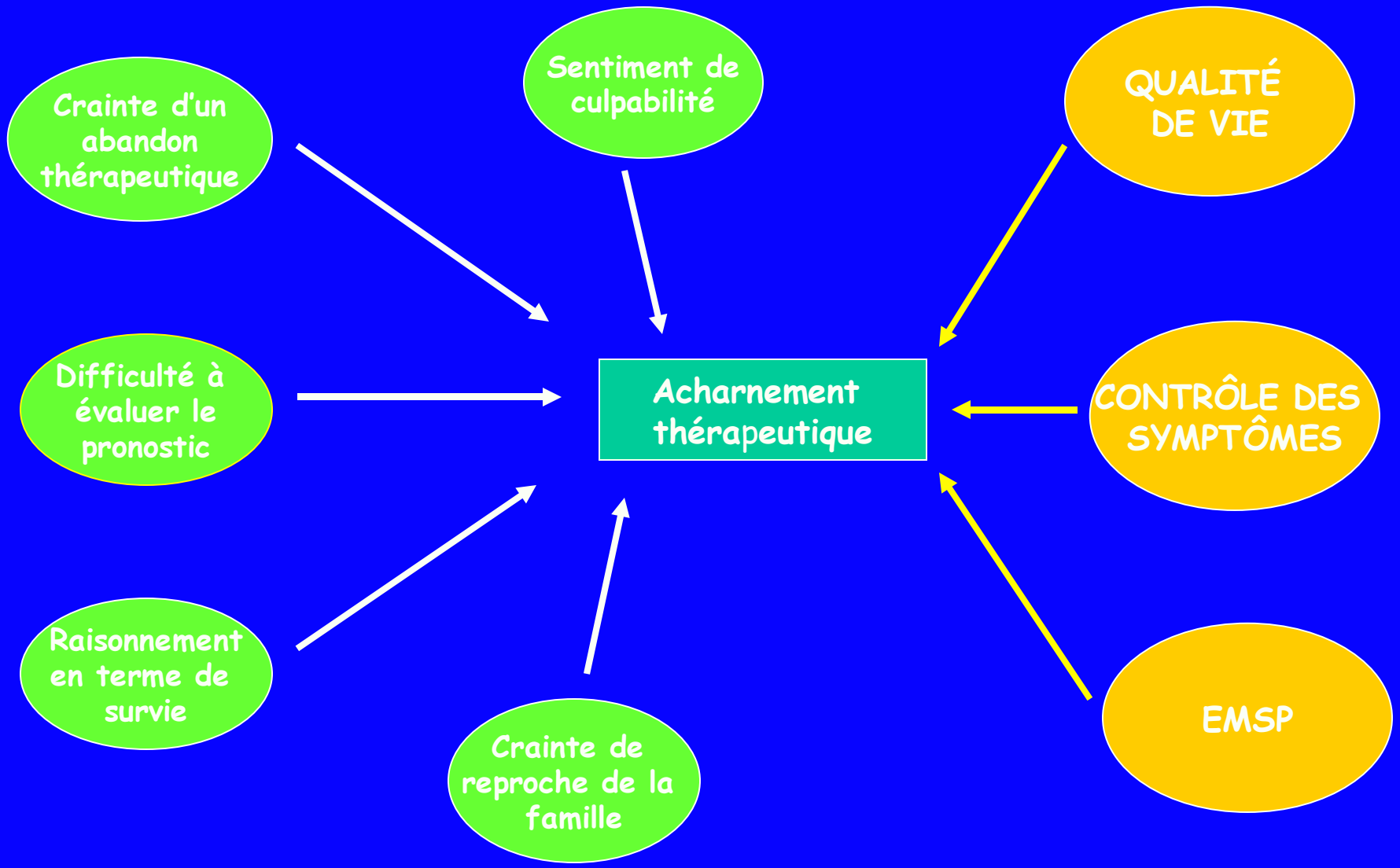
- La loi du 9 juin 1999 vise à garantir l'accès de tous aux soins palliatifs,
- Un congé non rémunéré, d'une durée maximale de 3 mois, doit être accordé à tout salarié dont un ascendant, descendant ou une personne partageant son domicile fait l'objet de soins palliatifs.

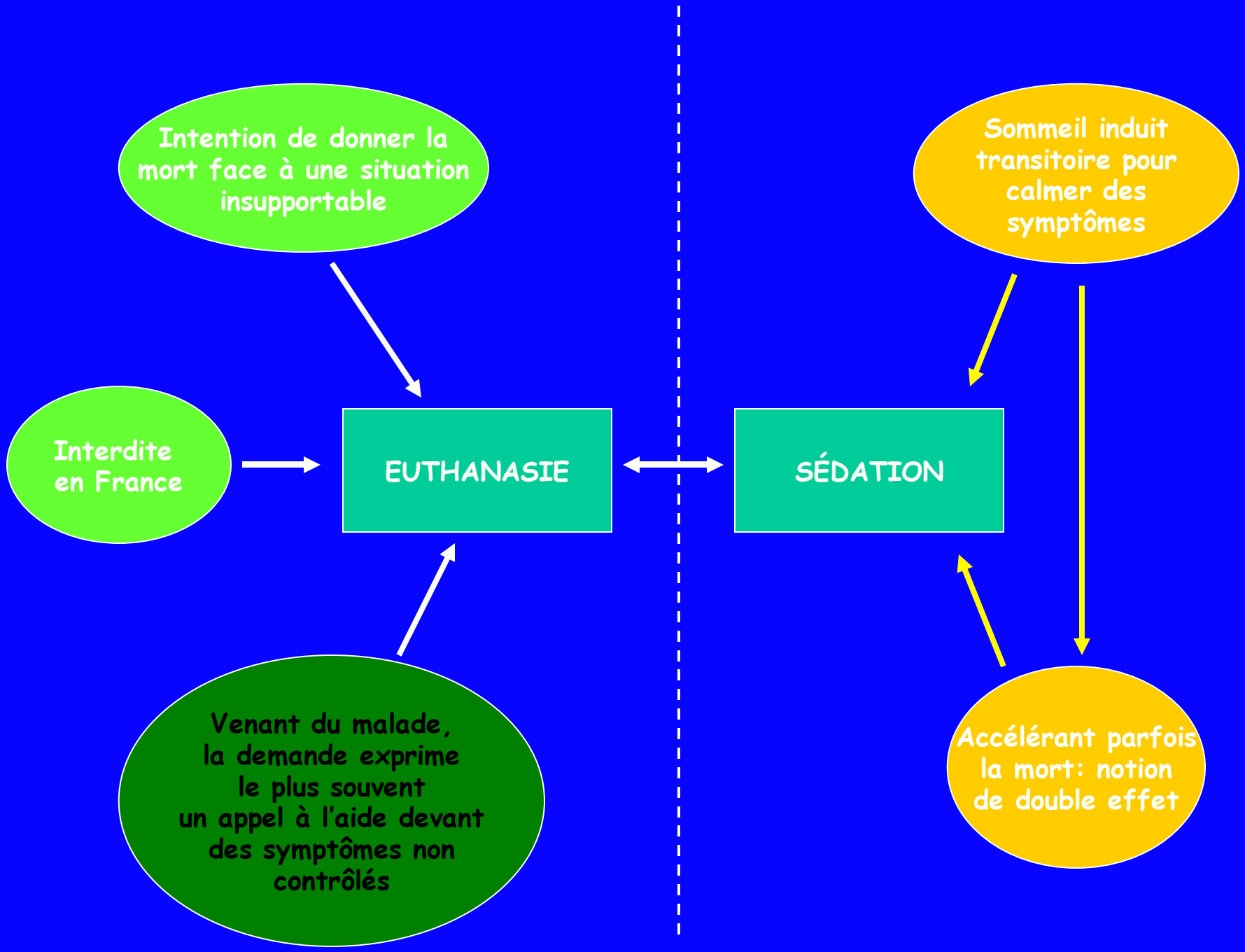
Acharnement thérapeutique

- Article 37 du code de déontologie médicale: le médecin doit éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations et la thérapeutique.



« Acharnement thérapeutique »




Intention de donner la mort face à une situation insupportable
Interdite en France
EUTHANASIE
Venant du malade, la demande exprime le plus souvent un appel à l'aide devant des symptômes non contrôlés
Sommeil induit transitoire pour calmer des symptômes
SÉDATION
Accélérant parfois la mort: notion de double effet

Prise en charge et accompagnement

- Annonce du diagnostic,
- Évaluation du pronostic,
- Principes de la surveillance,
- Soins palliatifs,
- **Prise en charge des symptômes.**

Prise en charge des symptômes

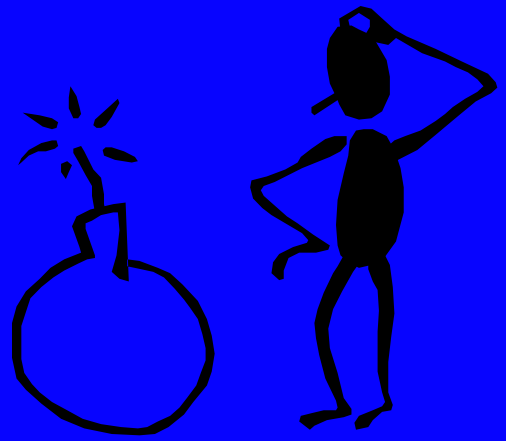
- Douleurs,
- Syndromes anxio-dépressifs,
- Symptômes respiratoires,
- Symptômes digestifs,
- Anémie en soins palliatifs,
- Diminution des apports alimentaires et hydriques.

Douleur et cancer: généralités

- La douleur est un symptôme fréquent, à tous les stades de la maladie, (y compris douleurs séquellaires des traitements),
- **Rarement révélatrice, elle annonce souvent la récidive,**
- Son origine est multi factorielle: cancer, maladies intercurrentes, traitements,...
- A un stade avancé, plusieurs types de douleurs peuvent s'intriquer,
- La douleur n'est pas seulement physique, mais aussi morale, spirituelle et sociale.

Douleur et cancer: principes fondamentaux

- La recherche de la douleur doit être systématique, à chaque rencontre avec le malade,
- Son analyse sémiologique guide le traitement.



Mécanismes physiopathologiques

- Excès de nociception:

  - résultant d'une altération tissulaire,

  - de rythme mécanique ou inflammatoire,

  - d'origine somatique ou viscérale,

  - parfois réveillée par l'examen clinique,

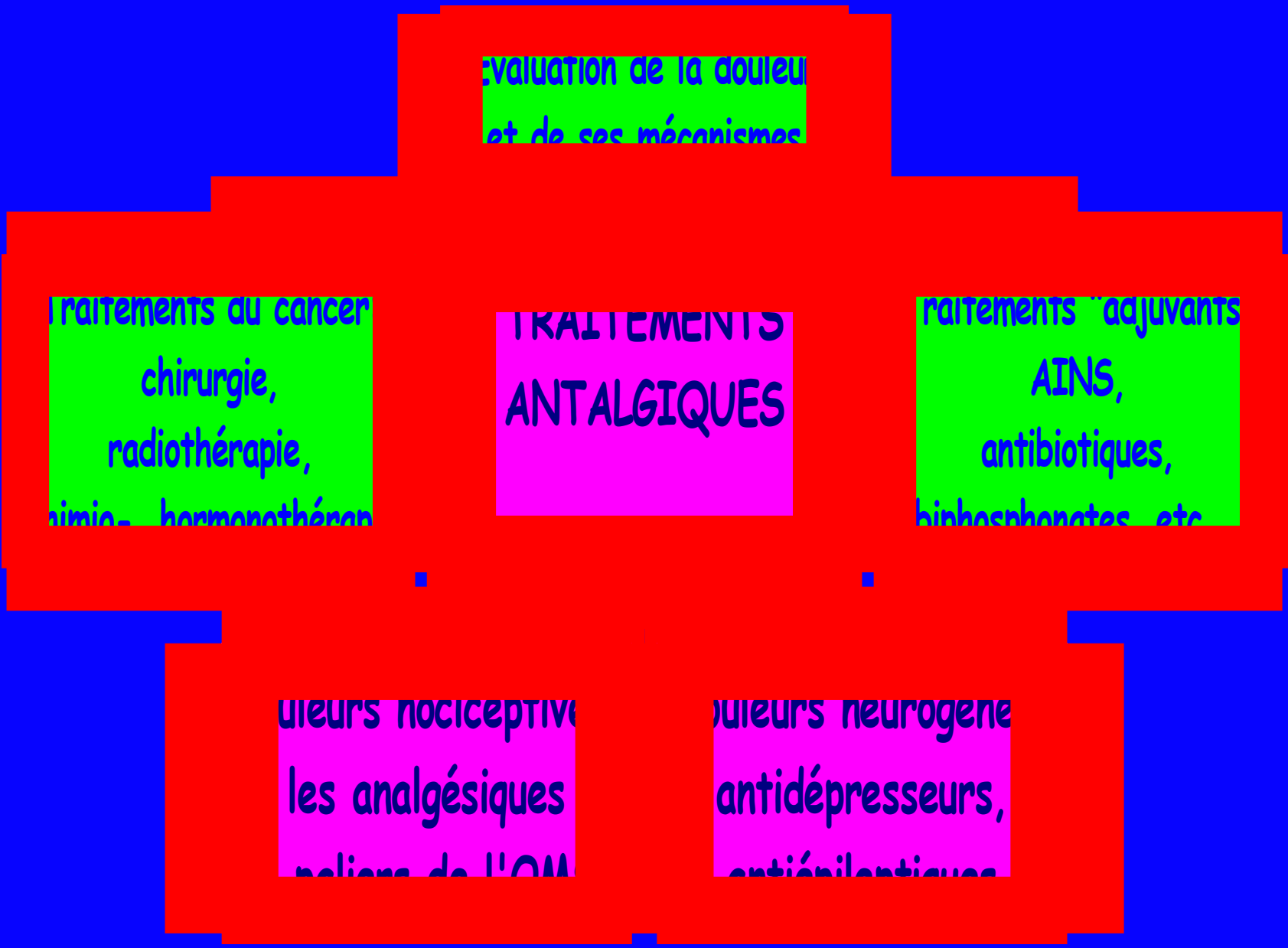
  - l'examen neurologique est normal.

- Douleur neurogène ou de désafférentation:
  - elle survient en l'absence de stimulus,
  - souvent permanente, comme une brûlure, avec des paroxysmes (à type d'élancements, de décharges électriques),
  - l'examen neurologique est anormal.

Douleur et cancer: au total, il faut évaluer:

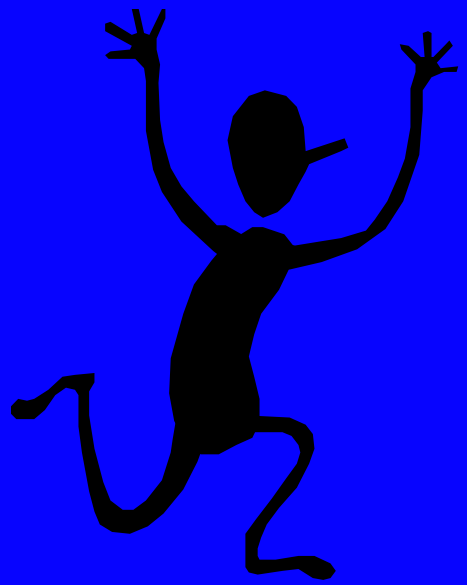
- La cause et le mécanisme,
- La localisation,
- L'intensité,
- Le retentissement (vie quotidienne et sociale, humeur, sommeil),
- Au fil du temps: la consommation des antalgiques et leurs effets secondaires.

Traitements de la douleur du cancer (1)



Traitements de la douleur du cancer (2)

- Le traitement antalgique est entrepris immédiatement, sans attendre le résultat des tests diagnostiques ou l'efficacité des traitements anti-tumoraux spécifiques.



Principes d'utilisation des antalgiques

- Utilisation par la voie la plus simple possible (per os, sublinguale, avant les voies parentérales),
- Posologie adaptée à la pharmacologie de la voie choisie (prises à horaires réguliers),
- **Administration systématique et régulière,**
- Utilisation préférentielle des molécules « pures » plutôt que des associations,
- Posologie adaptée à la sensibilité et à l'état du patient (âge, insuffisances rénale et/ou hépatique),
- Prise en compte systématique des effets secondaires.

Les antalgiques de niveau 1: douleur de « faible » intensité

- Chef de file: le paracétamol (PO),
  - Perfalgan, 1gr,
- L'aspirine est peu utilisée en cancérologie (coagulation, troubles digestifs)
- Néfopam (Acupan°), voie IV

Les antalgiques de niveau 2: douleur d'intensité « modérée »

- Chef de file: la codéine:
  - seule (Dicodin LP°),
  - ou associée au paracétamol (Efféralgan codéiné°, Codoliprane°, etc),
- Dextropropoxyphène:
  - associé au paracétamol (Diantalvic°),
- Tramadol (Topalgic°, Zamudol°, Contramal°) - (libération immédiate ou prolongée): action associée sur les douleurs neurogènes.

Les antalgiques de niveau 3: douleur « sévère »

- Chef de file: la morphine
  - Elle ne doit pas être réservée aux patients en fin de vie,
  - Très faible risque d'accoutumance, tolérance ou addiction,
  - Prise à heure fixe, avant la réapparition des douleurs,

La morphine (suite …)

- Voie orale de préférence: 2 prises par jour, à 12h d'intervalle: Moscontin°, Skénan°,
- En débutant à la dose de 1 mg/kg/j (ex: 60 kg=60 mg/j, soit 30 mg x 2), en l'absence d'insuffisance rénale ou hépatique (prudence chez le sujet âgé),
- Les douleurs inter-prises sont couvertes par la morphine à libération immédiate (Actiskénan°, Sévredol°): **chaque inter-prise représente 1/6 à 1/10 de la dose quotidienne !**

La morphine (suite …)

- Prise en compte systématique, et dès l'introduction du traitement, des effets secondaires dont **le malade est prévenu**:
  - Constipation, inévitable tant que durera le traitement morphinique: conseils diététiques et **adjonction systématique de laxatifs,**
  - Nausées, vomissements, possibles les premiers jours: antiémétiques (Primpéran°),
  - Somnolence en début de traitement, mais il peut s'agir d'une phase de récupération du sommeil,
  - Rétention urinaire, dysurie (ATCD prostatiques),
  - Troubles neuro-psychiques rares,
  - **Dépression respiratoire exceptionnelle**, uniquement en début de traitement en cas de surdosage; n'utiliser la naloxone (Narcan°) qu'avec circonspection (réveil de la douleur +++).

La morphine (suite …)

- L'efficacité est évaluée 24 à 48 heures après le début du traitement,
- Si l'effet est insuffisant, la prise suivante est augmentée de 50%,
- Pour passer à la voie sous-cutanée, la posologie de morphine orale est divisée par 2; pour passer à la voie intra-veineuse, la posologie de morphine orale est divisée par 3. En pratique, en cas de passage à une voie parentérale, la dose quotidienne est divisée par 2 !
- La voie parentérale permet l'analgésie auto-contrôlée par le patient, à l'aide d'une pompe autorisant l'auto-administration de bolus.

Autres opiacés utilisés en cancérologie

- Fentanyl (Durogésic°)
  - en cas de douleur stable,
  - lorsque la voie orale est impossible,
  - moins de retentissement digestif,
  - timbre changé toutes les 72 heures,
- Oxycodone (Oxycontin°)
  - 10 mg d'oxycodone = 20 mg de morphine
- Hydromorphone (Sophidone°)
  - 4 mg d'hydromorphone = 30 mg de morphine.

Médicaments utilisés (parfois hors-AMM) contre les douleurs neurogènes

- Action des antidépresseurs sur la composante douloureuse continue,
- Action des antiépileptiques sur les paroxysmes douloureux (type décharges électriques),
- Action mixte de la gabapentine (Neurontin°),
- Le délai d'action est de plusieurs jours,
- Augmenter la posologie de façon très progressive (somnolence +++).

Syndromes anxio-dépressifs

- 25 à 50% des patients atteints de cancer,
- 5 à 10% d'épisodes dépressifs majeurs,
- Périodes à risque: annonce du diagnostic, récidive locale ou métastatique, phase palliative,
- Risque suicidaire 1,5 à 2 fois plus élevé que pour la population générale, surtout dans l'année qui suit le diagnostic, durant la phase terminale, en cas de progression tumorale ou de douleurs intenses.

Symptômes respiratoires: dyspnée

- 7 malades sur 10 lors des 6 dernières semaines de vie,
- Souvent (toujours ?) associée à une angoisse,
- Nécessité d'un diagnostic étiologique,
- N'impose pas forcément l'oxygénothérapie !
- La morphine est un adjuvant utile sur la sensation de dyspnée.

Autres symptômes respiratoires

Étiologie	Principes du traitement
Toux	Codéine
Pleurésie	Ponction +/- symphyse chirurgicale
Râles bronchiques	Scopolamine
Obstruction bronchique	Corticothérapie, laser, cryothérapie, prothèse
Hémoptysie	Embolisation artérielle

Nausées et vomissements (1)

- À part, les nausées et vomissements induits par la chimiothérapie et la radiothérapie, de 3 types:
  - Pendant le traitement,
  - Retardés (jusqu'à 5 jours après le traitement),
  - Anticipés (avant le traitement),
- Prévention et prise en charge systématiques:
  - Dominée par les sétrons: ondansétron (Zophren°) granisétron (Kytril°), dolasétron (Anzémet°) et tropisétron (Navoban°),
  - Et les corticoïdes,
  - Intérêt des anxiolytiques en cas de vomissements anticipés,
  - Introduction récente de l'aprépitant (EMEND°), antagoniste des récepteurs de la neurokinine-1.

Nausées et vomissements (2)

- Fréquents, surtout en fin de vie
- Les causes sont nombreuses:
  - Tumeur elle même: cancer de l'estomac, du pancréas, compression extrinsèque, occlusions,
  - Causes iatrogéniques: chimiothérapie, radiothérapie, opiacés (début de traitement), hormonothérapie,
  - Causes métaboliques: hypercalcémie, insuffisance rénale, insuffisance hépatique sévère,
  - Hypertension intracrânienne,
  - Facteurs psychologiques.

Nausées et vomissements: moyens non médicamenteux

- Éviter les odeurs,
- Multiplier les petits repas,
- Consommer des aliments froids ou tièdes faciles à mâcher,
- Boire par petites quantités,
- Boire des boissons gazeuses, notamment entre les repas,
- Éviter de se coucher en phase post-prandiale immédiate.

Nausées et vomissements: médicaments

- Antiémétiques stimulant la motricité:
  - Métoclopramide (Primpéran°, Anausin°)
  - Dompéridone (Motilium°)
- Antiémétiques d'action centrale, notamment en cas de N&V liés aux morphiniques ou à des troubles métaboliques:
  - Exemple: halopéridol (Haldol°), à faible posologie (1 à 10 mg),
- A part, les corticoïdes qui ont une action antiémétique par des mécanismes non précisés.

Anémie

- Impliquée dans l'asthénie et l'altération de l'état général,
- Discuter son mécanisme (hémorragie, inflammatoire, iatrogène, …),
- L'EPO est indiquée dans les anémies induites par la chimiothérapie,
- Discuter les transfusions au cas par cas.

Diminution des apports alimentaires et hydriques

- « Petits moyens » pour favoriser le maintien ou la reprise de l 'alimentation:
  - Soins de bouche réguliers,
  - Traitement et prévention des douleurs (ex: gel de Xylocaïne° avant le repas en cas d'oesophagite radique),
  - Traitement d'un syndrome dépressif,
  - Traitement des N&V, de la constipation,
  - Ne proposer que des aliments choisis par le malade,
  - Fractionner les repas,
  - Plats froids en cas de dégoût alimentaire,
  - Présence des proches au cours du repas,
  - Abandon des régimes contraignants (hyposodé, hypocholestérolémiant, etc).

Réhydratation en soins palliatifs

- La voie orale doit être privilégiée (eau gélifiée en cas de troubles de la déglutition),
- Perfusion possible de solutions isotoniques (glucosé, sérum physiologique) par voie sous-cutanée (au débit de 1 ml/mn),
- La voie veineuse est rapide mais d'emploi plus contraignant (surveillance - notamment au domicile, capital veineux),
- Si possible, éviter la sonde naso-gastrique; (discuter gastrostomie per-cutanée).