

Oncologie n° 5

14/02/08

Professeur : M. Tredaniel

Ronéotypeur : Julia Dussaux

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

PLAN

I Annonce du diagnostic

- 1) Article 35 du code de déontologie médicale
- 2) Comment se fait une annonce ?
- 3) L'information du patient doit porter sur
- 4) Plan cancer
- 5) Les réactions des patients
- 6) Intervention d'un psychologue clinicien

II Evaluation du pronostique

- 1) Arguments cliniques
- 2) Arguments anatomo pathologique

III principes de la surveillance

- 1) Définition de la guérison
 - A) À l'échelon individuel
 - B) À l'échelon d'une population traitée
 - C) Au plan collectif,
- 2) Évaluation des résultats: la survie !
- 3) Courbe de survie de Kaplan-Meier
- 4) Facteurs prédictifs de la guérison
- 5) Principes de la surveillance
- 6) La surveillance doit se focaliser sur:

- 7) Surveillance de la tolérance au traitement.
- 8) Évaluation de la réponse au traitement: critères OMS
- 9) Évaluation de la réponse au traitement: critères RECIST: Response Evaluation Criteria In Solid Tumors
- 10) Confirmation des réponses
- 11) Rythme de la surveillance après le traitement
- 12) Réinsertion

IV Soins palliatifs

- 1) définition
- 2) philosophie
- 3) Dispositions légales

V Prise en charge des symptômes.

- 1) douleur et cancer
- 2) Symptômes respiratoires:
 - a) dyspnée
 - b) Nausées et vomissements

J'ai mis toutes les diapos du prof, ses commentaires sont en italiques.

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

Introduction

- 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, (*c'est un leurre de ne pas vouloir donner le diagnostic au patient*)
- Il y a de fortes conséquences psychologiques, la notion de vie est changée, *le patient a une épée de Damoclès sur la tête. Cancer délétère au plan physique et moral.*
- Les traitements anti-tumoraux sont souvent mutilants et toxiques, *la chimiothérapie est elle-même cancérogène.*
- L'évolution est souvent marquée par des douleurs.
- La qualité de vie est en jeu.

I Annonce du diagnostic

1) Article 35 du code de déontologie médicale

« 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.

→ *Adaptation socio-éducative nécessaire du médecin (que faites-vous dans la vie ?)*

→ *Nombreuses plaintes de patients sur le manque d'informations, les patients ont l'impression qu'on leur a menti.*

→ *Avec l'évolution de la maladie, les questions changent, les malades ne désirent plus recevoir de réponses potentiellement négatives.*

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...

..., 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 »

→ *Situation de plus en plus fréquente.*

→ Beaucoup de gens se renseignent sur Internet et ont des informations fausses, plus graves que la vérité.

2) Comment se fait une annonce :

- 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, (*illusoire*)
- Elle est **toujours associée** à la proposition d'un **projet thérapeutique**,
- Sans compter son temps !

3) L'information du patient doit porter sur:

- 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 : il y a plusieurs possibilités :

1) Ne rien faire : surveillance

2) Cystoprostectomie : • personne jeune pouvant le supporter, intervention lourde
• inconvénients à prendre en compte : urinaire, 'impuissance

3) Radiothérapie : voie externe

4) Urithérapie : injection de grains d'uridium radioactif

→ accompagner le patient de son choix, sans rien lui imposer.

- 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.

→ *Dictier les lettres devant le patient au médecin traitant, et le patient est lui-même destinataire de la lettre.*

4) Plan cancer : 70 mesures

• 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. « PPS »

• Plan cancer: mesure 35

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

→ *Site Internet de fédération de lutte contre le cancer.*

→ *Accès aux « SOR » (spécificité française) : Standard Observation Recommandation, avec une version patient, une médecin.*

• Plan cancer: mesure 39

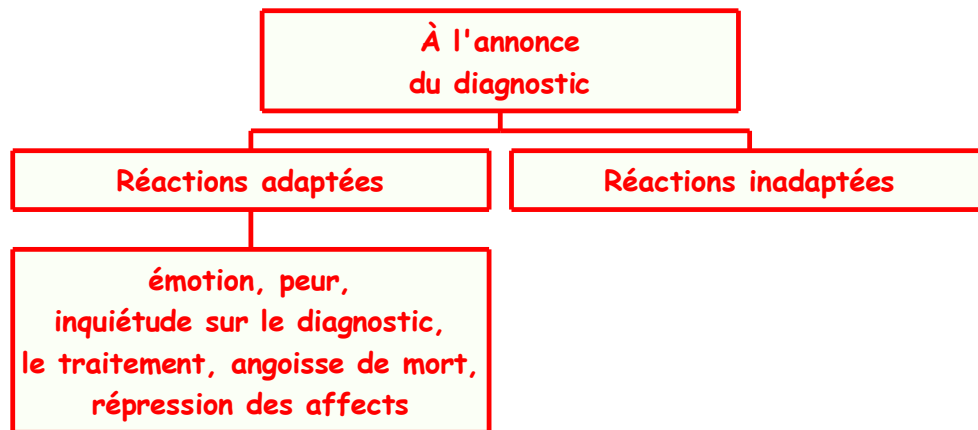
Rendre le système de prise en charge du cancer transparent et compréhensible pour les patients en développant, au plus près des lieux de vie, les points d'information sur le cancer.

Ex : A St Louis il y a des RI : « rendez-vous d'information »

• Plan cancer: mesure 40

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

5) Les réactions des patients



Tant que les patients suivent un traitement ça va, mais lors d'arrêt pendant 3 mois, on observe très souvent une dépression.

Le manque de réactions est inadapté, ces patients craquent souvent au cours du 4^e mois, quand la maladie régresse.

Le suicide reste exceptionnel. Certains malades peuvent développer des maladies psychiatriques.

6) Intervention d'un psychologue clinicien

- Dans ces situations à risque,
- D'une façon générale, chaque fois que possible.
- Le psychologue s'occupe beaucoup des familles

II Evaluation du pronostic

Le pronostic est différent selon l'âge : pour un jeune on optera pour un traitement agressif alors que pour une personne âgée polypathologique, on ne tentera rien.

1) Arguments cliniques

- 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.

En général, le pronostic est corrélé au grade OMS, on l'évalue à chaque passage à l'hôpital (rapide et gratuit) par des questions simples sur :

- capacité à manger seul, à se déplacer, le nombre de siestes par jour...

- Le **degré d'amaigrissement** (0%, </> 10% du poids corporel),
- L'âge ... **physiologique**,

Les **ATCD et co-morbidités**, (ex : insuffisant cardiaque ou respiratoire ne peut pas recevoir certains médicaments)

- Classification TNM

- Elle est définie et mise à jour par l'UICC (Union International contre le Cancer)
- **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.
- Etabli par l'anapathe, le chirurgien..

2) Arguments anatomo pathologique

- 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.

III principes de la surveillance

→ Notions de guérison, période de risque, taux de survie,

→ 2005 : 920 000 français ont consulté dans un hôpital pour cancer, 1/60 français est concerné par une prise en charge cancéreuse.

1) Définition de la guérison

- 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.

A) À l'échelon individuel

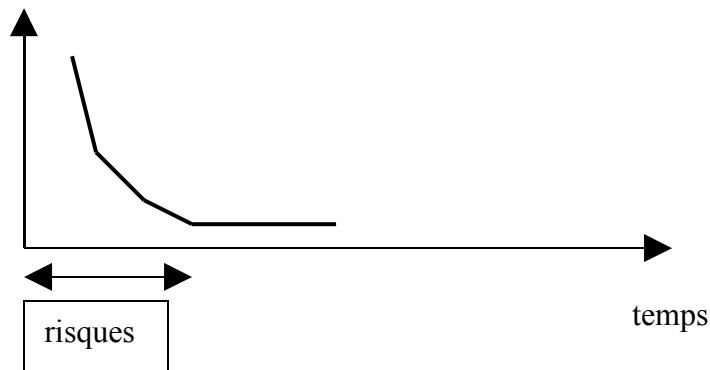
- Il est difficile d'affirmer individuellement la guérison, ce qui justifie une surveillance prolongée. La guérison doit s'accompagner d'un minimum de séquelles physiques,

- psychologiques et sociales, ce qui suppose que le patient reprenne son statut social, familial et professionnel et, donc, le maximum de ses activités antérieures.
- *On admet que le taux de rechutes est très faible après 5 ans mais il y a des exceptions.*

- *Ex.: Le cancer de la thyroïde peut récidiver 40 ans après, le cancer du sein et de l'ovaire 10-15 ans après. Le cancer du poumon donne des récidives dans les deux ans qui suivent.*

B) À l'échelon d'une population traitée (ex: protocole thérapeutique),

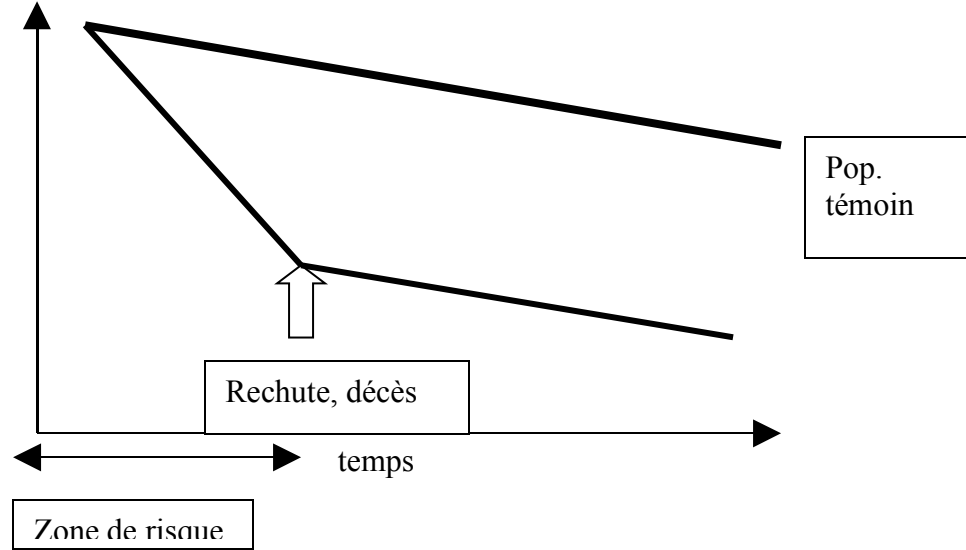
- La guérison se traduit après un certain délai (durant lequel se manifestent les échecs et les rechutes) par l'aspect en plateau de la courbe de survie qui s'horizontalise.



C) 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.

- Sur la droite parallèle, les gens avec métastases sont morts, un patient arrivé à ce stade là a très peu de probabilité de rechuter. Ex : Femme et cancer du sein



2) Évaluation des résultats: la survie !

On cherche à comparer l'efficacité entre différents traitements.

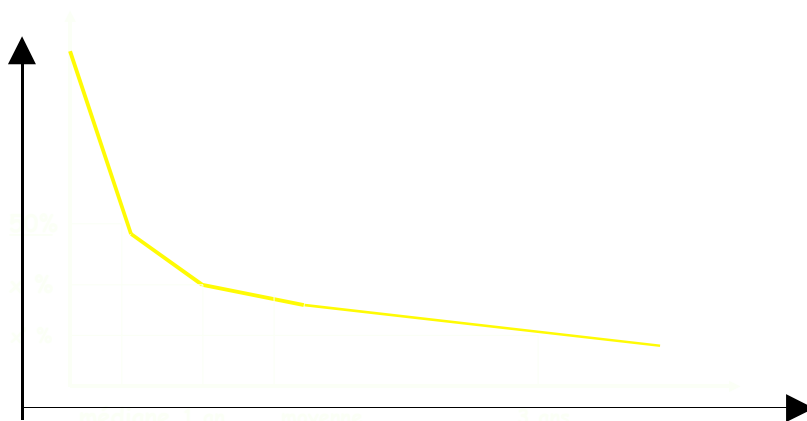
→ **Survie globale** (overall survival),

→ **Survie sans maladie** (disease-free survival)

On s'intéresse surtout au niveau du médecin, à la survie sans maladie, au délai de guérison. Un échec sur une première ligne de traitement est suivi d'un deuxième traitement. On a de plus en plus de choix de traitements à proposer au patient.

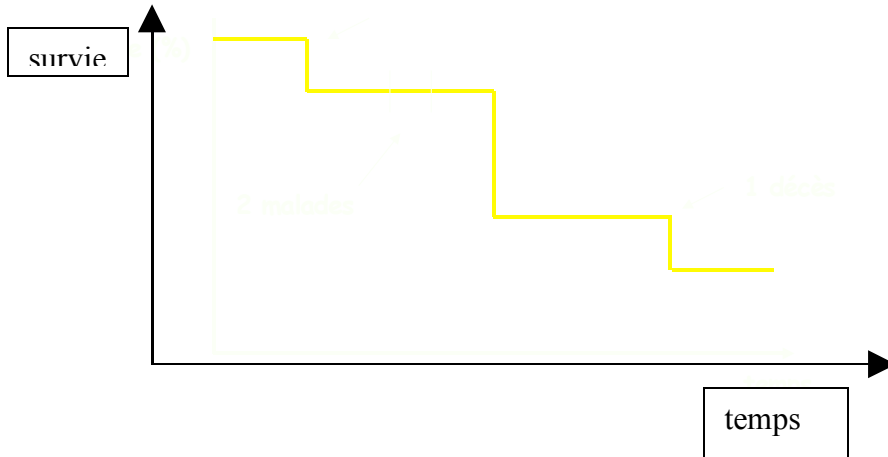
On relève la **médiane de survie (et non la moyenne)**, les taux de patients vivants à x mois ou années après le diagnostic.

Si médiane faible : la moitié de la population va mourir vite, mais les autres ont une probabilité de survie élevée et de guérison.

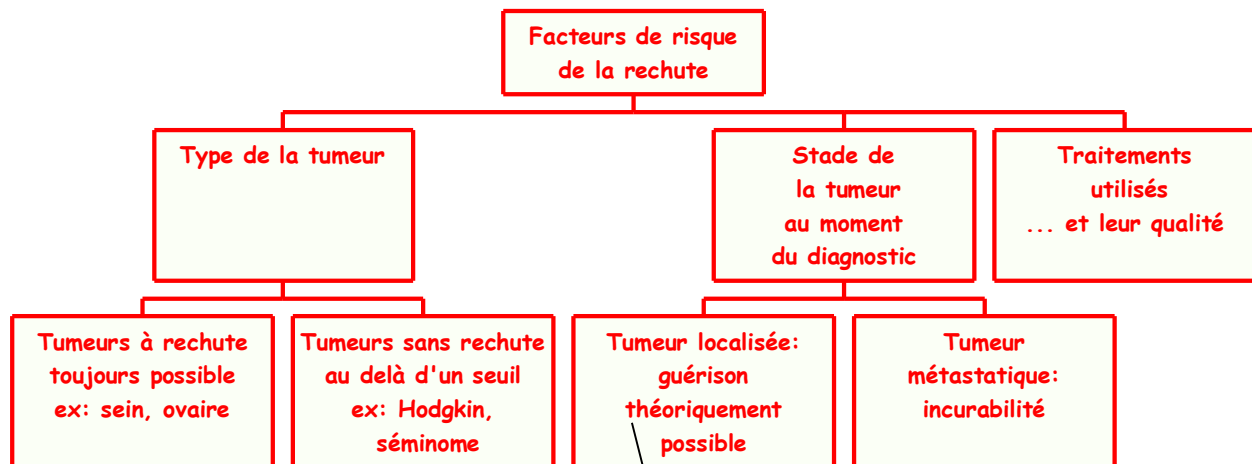


3) Courbe de survie de Kaplan-Meier

- 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 (chaque décès ou rechute) représente la verticale d'une marche.



4) Facteurs prédictifs de la guérison :



radiothérapie, chirurgie, auquel on ajoute une chimiothérapie par prévention, traitement adjuvant au cas où il y aurait des micro métastases (réduction du taux de rechute)

Rq : traitement et qualité : la survie est malheureusement corrélée au lieu et au chirurgien (survie proportionnelle au nombre de patients vus et à son expérience)

5) 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,
- les **effets psychologiques** sur les patients (anxiété ++).

6) 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 +++). → *angoisse, cauchemars, difficultés à l'école brutales...*

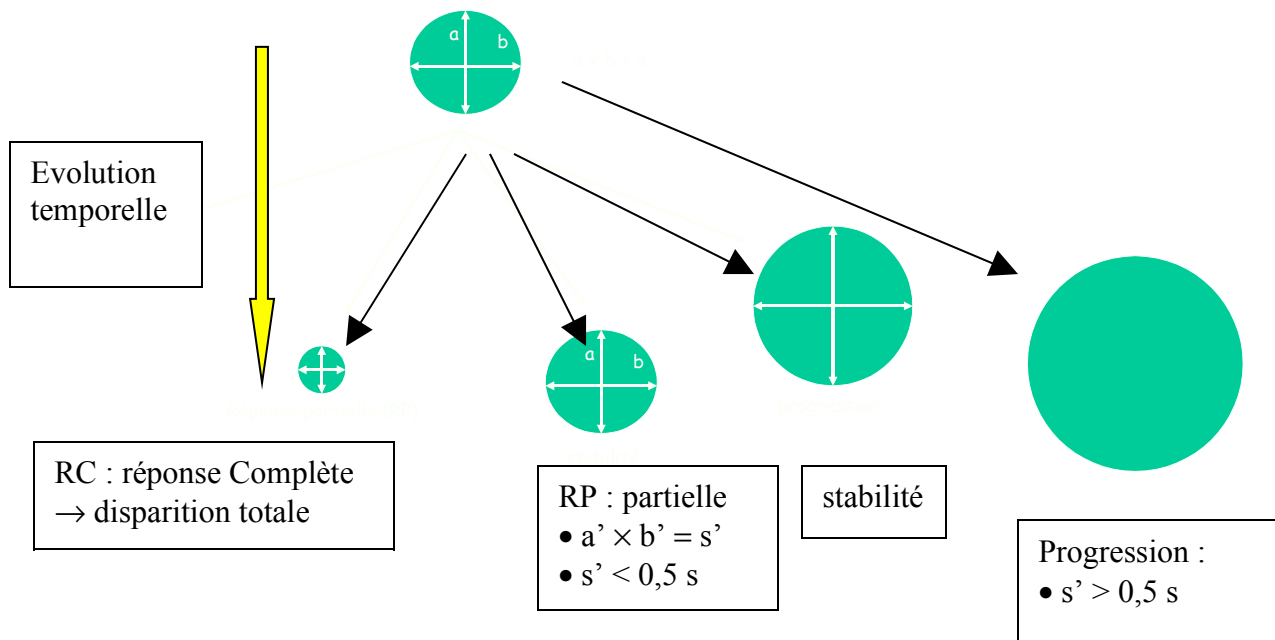
7)

Surveillance de la tolérance au traitement.

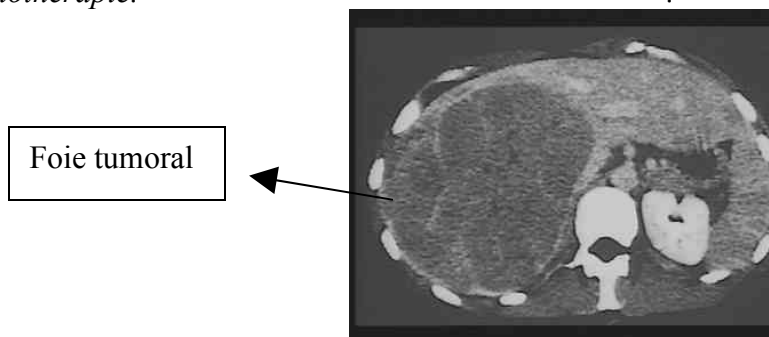
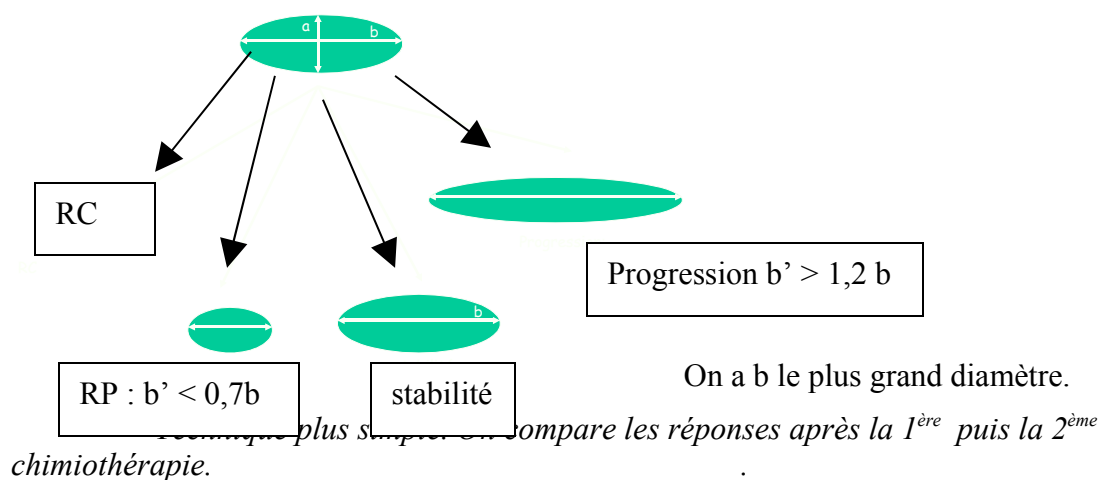


Dicte souvent le choix du traitement.

8) Évaluation de la réponse au traitement: critères OMS *évaluation du diamètre de la tumeur par un scanner de façon grossière puis comparaison de l'évolution après traitement.*



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



10) Confirmation des réponses

Les réponses radiologiques doivent être confirmées par un **nouvel examen** (scanner) effectué au minimum à **4 semaines de distance** du premier. La variation de réponse peut être due à une

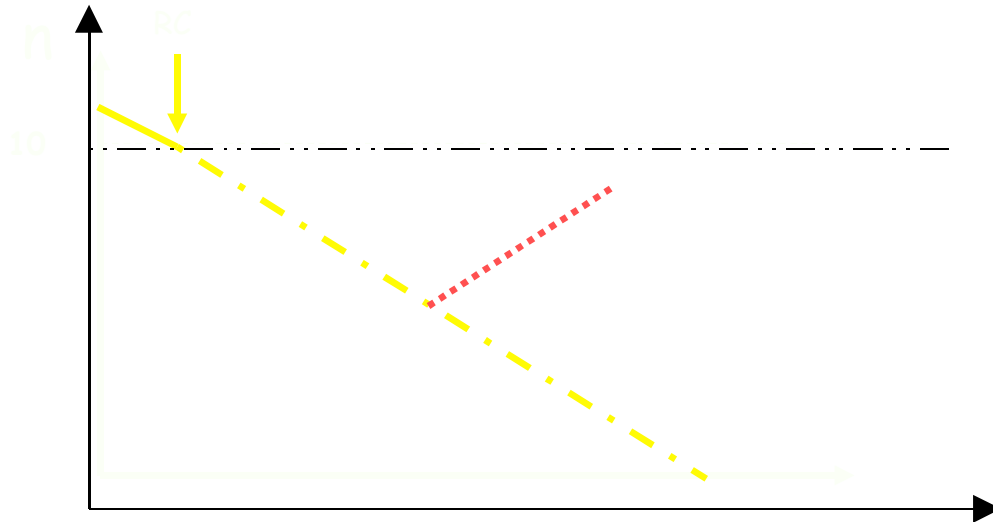
mauvaise position du scanner, du patient. Il faut se positionner exactement au même endroit avec le même angle : technique grossière.

→ **Réponse complète** :

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

→ en dessous de 10^9 cellules, on ne voit plus la tumeur, à quel niveau de la pente suis-je ?

→ pas un gage de guérison



11) Rythme de la surveillance après le traitement

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.

Il faut expliquer au patient:

- qu'il reste pris en charge même à distance du traitement, *la période d'arrêt du traitement est très difficile pour le patient qui se sent abandonné.*
- qu'il doit prévenir pour toute symptomatologie inhabituelle qui ne ferait pas rapidement l'objet d'un diagnostic et d'un traitement efficace.

→ *le patient doit prévenir pour tout symptôme anormal*

ex : sciatique qui ne guérit pas par traitement normaux, pourrait être dû à des métastases qui compressent le nerf sciatique.

12) Réinsertion

→ Générale

- Physique,
- Sexuelle (cancer des seins concerne 10% des femmes)
- Fonctionnelle,
- Psychosociale,

→ Sociale.

a) Réinsertion générale :

- Conseils hygiéno-diététiques,
- Rééducation fonctionnelle,
- Reconstructions chirurgicales : - *sein après mastectomie*
- *ORL, chirurgie plastique de la face*

→ **sexualité :**

- Contraception chez la femme:

- Pendant le traitement (même si beaucoup de chimio sont aménorrhéiques)
- Puis après: 5 ans après un cancer du sein (période à risque de rechute),

- Contraception chez l'homme (?).

- Grossesse :

- 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 récurrence **et n'aggrave pas le pronostic.** (*ce qui est étrange vu l'hyperoestrogénie*)
- 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).

Il existe trois manières de déplacer un organe : (rajout de ma part)

- on peut déplacer l'organe en étirant sans les sectionner ses pédicules vasculaires, il s'agit d'une transposition,

- on peut sectionner les pédicules vasculaires de l'organe et les ré anastomoser sur le site receveur, il s'agit alors d'une transplantation,

- on peut sectionner les pédicules sans les réanastomoser sur le site receveur en comptant sur une néovascularisation, il s'agit d'une greffe.

L'intérêt d'un déplacement gonadique est d'éloigner le plus possible l'organe du champ d'irradiation.

Deux grands sites de transpositions ont été proposés : la gouttière pariéto-colique pour éviter les irradiations centro-pelviennes et le cul de sac de Douglas pour éviter les irradiations en Y inversé dans le cadre des maladies de Hodgkin surtout.

- **Prélèvement d'ovocytes** chez la petite fille (les enfants guérissent de plus en plus des cancers)

→ **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 !

b) 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.

IV Soins palliatifs

1) définition

« 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**... »

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**...

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

→ *Arrêt des radios, prises de sang, alimentation par voie entérale, scanner quand le patient va mourir dans 3 jours.*

→ *Continuer les antalgiques, l'hydratation...*

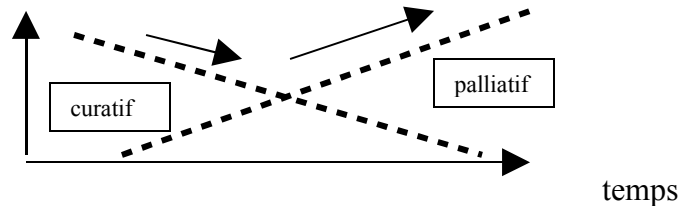
« ILS SE REFUSENT À PROVOQUER INTENTIONNELLEMENT LA MORT. »

2) 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**.



3) 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.

V Prise en charge des symptômes.

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

1) douleur et cancer

- 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 récurrence,

- Son origine **est multi factorielle**: cancer, maladies intercurrentes, traitements (*radiothérapie, chimio..*)
- A un stade avancé, **plusieurs types de douleurs peuvent s'intriquer,**

- La douleur n'est pas seulement physique, mais aussi morale, spirituelle et sociale.

* principes fondamentaux :

La recherche de la douleur doit être **systematique**, à chaque rencontre avec le malade,

Son analyse sémiologique **guide le traitement**.

* Mécanismes physiopathologiques :

Excès de nociception:	Douleur neurogène ou de désafférentation:
- 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.	- elle survient en l'absence de stimulus, - souvent permanente, comme une brûlure, avec des paroxysmes (à type d'élancements, de décharges électriques), → <i>ex : douleur sous le sein lors de cancer qui empêche le port de vêtements.</i> - l'examen neurologique est anormal.

* 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

* Principes d'utilisation des antalgiques

- Utilisation par la **voie la plus simple** possible (per os (*par la bouche*), 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.

a) 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

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

- Chef de file: la **codéine**:seule (Dicodin LP°),ou associée au paracétamol (Efférgal codéiné°, Codoliprane°, etc),

- **Dextropropoxyphène** : associé au paracétamol (Diantalvic°), très utilisé

- **Tramadol** : (Topalgic°, Zamudol°, Contramal°) libération immédiate ou prolongée: action associée sur les douleurs neurogènes.

c) Les antalgiques de niveau 3: douleur « sévère »

- Chef de file: **la morphine**

- Elle ne doit pas être réservée aux patients en fin de vie (fait souvent peur aux familles)

- Très faible risque d'accoutumance, tolérance ou addiction,

- Prise à heure fixe, avant la réapparition des douleurs +++

- 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 , toutes les quatre heures, l'infirmière donne au patient des doses immédiates jusqu'à ce que celle longue durée fasse effet.

* 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 +++).
-
- 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. (= *grande quantité injectée d'un coup*)

3) Symptômes respiratoires:

a) 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 ! → *très désagréable*+++
- La morphine est un adjuvant utile sur la sensation de dyspnée, *c'est le seul médicament à diminuer la sensation d'étouffement.*

Ce n'est pas parce qu'un malade est en fin de vie qu'il ne faut pas donner de diagnostic sur ses symptômes.

b) Nausées et vomissements

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.
- Fréquents, surtout en fin de vie

* 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.