

## Cancer du rectum localement évolué et métastatique

Gilbert DESFOSES

Unité de soins palliatifs, Groupe hospitalier Diaconesses-Croix Saint Simon, 18, rue du Sergent Bauchat, 75012 Paris.

### Observation

Un homme de 68 ans était hospitalisé dans une unité de soins palliatifs en décembre 2002 pour des douleurs sacrées et périnéales avec irradiation à la racine de la cuisse droite, à type de brûlures et d'élanement. Il s'y associait depuis quelques jours une incontinence urinaire partielle. Les douleurs devenaient très vives intolérables, le malade criant et affolant son entourage. Le transit était conservé.

On notait dans ses antécédents une tumeur rectale basse en 1994, traitée successivement par colostomie de décharge, radiothérapie préopératoire puis intervention de Hartmann. Aucun événement significatif ne survenait jusqu'en avril 2002 où l'on découvrait, à l'occasion de douleurs sacrées, une métastase de l'aileton sacré droit. En mai 2002, un syndrome occlusif nécessitait une colostomie de décharge. Outre la localisation osseuse, une récurrence pelvienne et des métastases hépatiques étaient également présentes. Une chambre implantable de perfusion était mise en place et une chimiothérapie était débutée. Le malade était pris en charge par un réseau de soins palliatifs à domicile. La chimiothérapie était arrêtée en décembre 2002 à la suite d'une scanographie montrant une augmentation du nombre et de la taille des métastases hépatiques, et de la masse tumorale de l'aileton sacré droit dépassant la ligne médiane, avec lyse partielle du sacrum et du coccyx, envahissant la loge rectale. Biologiquement, l'ACE passait de 419 (octobre 2002) à 692 ng/ml (décembre 2002). Il n'y avait pas d'hypercalcémie ni de trouble biologique notable. On décidait alors de proposer un traitement uniquement symptomatique.

Sur le plan socio-familial, ce malade d'origine catalane était marié, retraité et avait deux enfants et quatre petits enfants. La famille était très unie, et le malade souhaitait rester à son domicile. De caractère autoritaire et peu communicatif, informé du diagnostic initial et de la récurrence en avril et mai, le malade restait persuadé qu'une opération ou une nouvelle chimiothérapie pourrait être entreprise. Rien ne lui avait été dit de façon formelle et définitive sur ce plan. Une angoisse était rapidement perceptible chez cet homme lorsque l'on abordait sa maladie ou son avenir.

Le traitement à l'entrée dans l'Unité de Soins Palliatifs comportait du fentanyl transdermique 325 µg/h, de l'amitriptyline 25 mg le soir, du clonazepam, 4 gouttes matin et midi, 7 gouttes le soir, des entredoses de morphine immédiate en cas de douleur à 20 mg par prise et 40 mg de prednisone le matin.

### Question 1 : Quelles sont à votre avis les prestations offertes par un réseau de soins palliatifs à domicile ?

1. Des prescriptions à domicile
2. Des avis thérapeutiques sans prescriptions

3. Une coordination des soignants
4. Un soutien psychologique du malade et de sa famille
5. Une formation des soignants libéraux
6. Une garde médicale de nuit
7. Les mêmes prestations qu'une HAD mais libérale.

### Réponses : 2, 3, 4, 5, 6

Comme les équipes mobiles de soins palliatifs, les réseaux ne se substituent pas aux soignants habituels, mais ils établissent et coordonnent des relations entre les soignants, appliquent des protocoles validés. Si l'équipe dispose d'une psychologue, ce qui était le cas, un soutien peut être organisé à domicile.

Les réseaux permettent de mieux organiser des prises en charge complexes avec des intervenants multiples, qui requièrent à la fois de l'organisation et de la technicité.

De plus, des formations sont organisées pour les soignants libéraux et le plus souvent une garde de nuit par des généralistes formés à ces soins est accessible 24h/24.

### Question 2 : Comment caractériseriez-vous la douleur décrite par le malade ?

1. Douleur nociceptive
2. Douleur neurogène
3. Douleur mixte
4. Douleur psychogène
5. Angoisse en rapport avec la maladie.

### Réponses : 3, 5

Il existe une atteinte osseuse sacrée qui explique des douleurs nociceptives. Les irradiations à la racine de la cuisse, la sensation de brûlure et l'envahissement du plexus sacré sont en faveur de douleurs neurogènes par envahissement des racines nerveuses ou par méningite carcinomateuse. L'association de douleurs nociceptives et neurogènes définit la douleur mixte.

Le manque d'information et de prise de conscience du malade sur sa situation génèrent une angoisse qui intervient dans la symptomatologie actuelle. Cette composante psychique dans le vécu douloureux est indissociable de l'aspect somatique. Sa prise en compte dans la relation humaine et sa thérapeutique médicamenteuse sont tout aussi importants que la thérapeutique purement antalgique.

L'angoisse qui accompagne la symptomatologie est différente des douleurs psychogènes. Celles-ci sont des douleurs dont

l'origine se situe dans un conflit intra-psychique, sans lésion somatique décelable.

### Question 3 : Quelles modifications thérapeutiques proposeriez-vous ?

1. Bolus de Solumédrol en IVD à la dose d'au moins 120 mg/24 h
2. Introduire de la gabapentine (Neurontin®) et arrêter le clonazépam
3. Augmenter l'amitriptyline
4. Substituer au fentanyl transdermique de la morphine orale, et de l'oxycodone ou de la méthadone
5. Introduire un neuroleptique sédatif
6. Introduire une benzodiazépine.

### Réponses : 1, 2, 6

Plusieurs attitudes sont tout aussi valables ; toutefois, les fortes doses de corticoïdes sont indiquées car l'envahissement des racines nerveuses s'accompagne d'une réaction inflammatoire sensible aux stéroïdes.

Il ne nous paraît pas indispensable de changer de morphinique car les patchs sont bien tolérés, sans trouble neuropsychique, et les autres morphiniques auraient la même action sur les douleurs neurogènes sauf la méthadone qui agit sur d'autres récepteurs.

L'introduction de la gabapentine (Neurontin®) est indiquée car ce médicament est habituellement beaucoup plus actif sur les douleurs mixtes que le clonazépam. Celui-ci est arrêté pour ne pas cumuler les effets secondaires.

Il est aussi possible d'opter pour l'augmentation de l'amitriptyline jusqu'à 75 ou 100 mg/j mais les effets secondaires sont souvent plus importants et le délai d'action plus long. Enfin, en complément d'entretiens fréquents et approfondis, il est nécessaire d'adjoindre un traitement psychotrope. Dans un premier temps, des benzodiazépines suffisent.

## Suite de l'observation

Les bolus de Solumédrol® et l'introduction de la gabapentine permettaient de contrôler les douleurs en trois jours ; le malade pouvait reprendre la marche et rentrer à domicile, aidé par le réseau. Son état se maintenait pendant un mois environ et il était à nouveau hospitalisé pour des douleurs de type sciatique droite, très violentes malgré le traitement. Pendant cette hospitalisation de 8 jours, l'amitriptyline était remplacée avec succès par de la méthadone. Sur un plan psychologique et d'information, le patient comprenait et vérifiait auprès de notre équipe qu'il était en situation irréversible, et qu'aucun traitement spécifique n'était plus à envisager. Cette prise de conscience s'accompagnait de crises d'angoisse, en particulier en fin de journée et la nuit. Ces angoisses étaient toujours associées à une exacerbation des douleurs neurogènes. L'introduction d'un neuroleptique, la cyamémazine (Tercian®), 25 mg le soir associé à la méthadone 20 mg trois fois par jour, permettait un contrôle satisfaisant des douleurs, permettant au malade de regagner une nouvelle fois son domicile en gardant une mobilité réduite et sans souffrir de façon importante.

Il était à nouveau hospitalisé un mois plus tard, en février 2003, pour une sciatique hyperalgique avec paralysie du

membre inférieur droit, une altération de l'état général comportant une anorexie complète, un amaigrissement et une grabatation. L'angoisse était majeure et le malade exprimait une peur de mourir et traversait des moments de prostration sans communiquer avec son entourage. La verbalisation de ce qu'il ressentait restait difficile.

Le malade pouvait difficilement avaler la méthadone et les autres traitements par voie orale.

Sa femme et ses enfants, impressionnés, demandaient clairement à ce que cette situation soit abrégée et qu'une euthanasie active soit pratiquée.

### Question 4 : Quelle attitude adopter face au patient et à sa famille ?

1. Provoquer une sédation et en informer la famille
2. Accéder à une euthanasie
3. Refuser l'euthanasie et faire un traitement symptomatique
4. Accompagner le malade en cherchant à maintenir sa conscience
5. Effectuer des entretiens réguliers avec la famille pour diminuer l'angoisse
6. Arrêter toutes les thérapeutiques susceptibles de prolonger la vie.

### Réponses : 3, 4, 5

L'angoisse et la douleur sont au premier plan, chez le malade comme chez ses proches. Il est possible de « faire tomber » cette angoisse en étant efficace sur la douleur mais aussi en permettant l'expression des peurs, craintes et de la tristesse dans cette situation. Le temps relationnel est fondamental (très consommateur de temps !) aussi bien par l'équipe infirmière que médicale ; ce temps et cette écoute donneront confiance au malade comme à sa famille. L'enjeu est d'espérer restaurer du sens à ce temps de vie, ce qui impose de maintenir la vie relationnelle.

L'efficacité du traitement symptomatique est fondamentale.

La sédation ne s'impose pas car la clinique n'est pas en faveur de symptômes réfractaires.

L'euthanasie, comme ultime recours devant une situation intolérable, ne peut être invoquée. Des alternatives relationnelles et thérapeutiques sont réalisables. L'euthanasie reste une mauvaise solution dans tous les cas.

### Question 5 : Quels traitements proposer ?

1. Passer la morphine par voie IV
2. Revenir au fentanyl transdermique
3. Proposer des neuroleptiques injectables, par exemple cyamémazine, 25 ou 50 mg le soir en IVD
4. Mettre en place une perfusion continue IVD de midazolam 0,5 mg/h
5. Alimentation parentérale sur chambre implantable de perfusion
6. Hydratation seule sans apport calorique spécifique par voie IV
7. Anticoagulants par héparine de bas poids moléculaire.

**Réponses : 1, 3, 4, 6**

L'idéal pour contrôler aussi bien les douleurs que l'angoisse est de disposer d'une voie IV, ici la chambre de perfusion, pour mettre en place une pompe à morphine et des sédatifs par voie IV.

Le relais méthadone/morphine se fait dose pour dose. La morphine IV à débit continu doit permettre aussi de faire des bolus de une à deux fois la dose horaire en cas de crise douloureuse. Le midazolam se prescrit habituellement à la dose de 0,3 à 0,5 mg/h le jour, avec possibilité d'augmenter la dose la nuit.

Les grandes crises d'angoisse de mort ne sont pas toujours contrôlées par une benzodiazépine et un neuroleptique sédatif peut s'avérer nécessaire. Il n'est pas rare que les angoisses se manifestent par une exacerbation des douleurs dites physiques. L'association morphine et neuroleptique, très puissante, est à manier avec prudence, car potentiellement très sédatif.

Les anticoagulants et l'alimentation parentérale ne sont pas indispensables si l'objectif devient clairement et uniquement celui des soins de confort et la non prolongation d'une situation clinique irréversible.

L'état clinique de ce malade est très instable et mérite des réévaluations plusieurs fois par jour. Les ajustements de la thérapeutique se font à partir de la clinique et des observations transmises par les aides soignantes et les infirmières, en particulier de celles faites pendant la toilette. Le suivi et la prise en charge relèvent de l'équipe interdisciplinaire.

**RÉFÉRENCES**

1. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs.
2. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/n° 2002\98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins et de l'accompagnement, en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
3. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Décembre 2002 ANAES, Service des Recommandations et Références Professionnelles, rue Nationale, Paris.
4. Soins palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. Recommandations de L'AFSSAPS 2003. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).