

# Des soins palliatifs de qualité, est-ce possible dans votre milieu ?

par *Sophie Courchesne*

**Frédéric, 4 ans, souffre de leucémie depuis l'âge de deux ans. Tous les traitements ont échoué. Sa mère aimerait qu'il passe ses derniers moments à domicile avec les siens. Elle vous demande de vous en occuper. En êtes-vous capable ?**

**L**E PRONOSTIC des enfants souffrant de cancer s'est grandement amélioré au cours des dernières années. Malgré tout, certains jeunes patients succombent à cette maladie chaque année (*tableau I*). Dans la pratique courante du médecin de famille, ces cas s'avèrent toutefois rares. Il est donc difficile d'acquérir une expertise dans cette matière<sup>1</sup>. La plupart des cas de cancer infantile sont traités dans les grands centres par des équipes spécialisées. Lorsque les traitements curatifs échouent, certains patients y restent tout de même pour recevoir des soins palliatifs.

Par contre, la plupart des familles préféreraient que leur enfant passe ses derniers moments à la maison<sup>1,2</sup>. Il s'agit du meilleur endroit pour maintenir une vie de famille normale. Cela aide les parents et les autres membres de la famille à mieux vivre leur deuil. Les frères et sœurs se sentent moins abandonnés, et les parents ont moins l'impression de perdre la maîtrise de leur vie. Par contre, ce retour à domicile peut causer de l'anxiété si la famille n'est pas bien entourée. Le médecin de famille de-

T A B L E A U I

## Distribution des différents types de cancer chez l'enfant

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| Leucémies                          | 33 % |
| Tumeurs du système nerveux central | 20 % |
| Lymphomes                          | 10 % |
| Neuroblastomes                     | 8 %  |
| Tumeur de Wilms                    | 7 %  |
| Rhabdomyosarcomes                  | 7 %  |
| Tumeurs osseuses                   | 5 %  |
| Autres                             | 10 % |

Source : Goldman A. ABC of palliative care: special problems in children. *BMJ* 1998 ; 316 (7124) : 49-52.

vera s'associer à une équipe multidisciplinaire et s'attendre à devoir être disponible.

## Quand devrions-nous commencer les soins palliatifs ?

La transition vers les soins palliatifs se dénote par un changement dans le but du traitement qui vise alors à soulager l'enfant plutôt qu'à le guérir<sup>2</sup>. Les soins palliatifs devraient être enclenchés avant que les traitements curatifs ne soient complètement terminés. Lorsque l'équipe traitante commence à envisager un échec au traitement, la famille touchée devrait être bien

entourée en vue d'une transition sans anicroches<sup>3</sup>. La communication entre l'équipe traitante et la famille est très importante à ce stade ; une bonne relation facilite la transition<sup>2</sup>.

## Quelles sont les options thérapeutiques pour soulager la douleur chez les enfants ?

La plus grande inquiétude des parents demeure que leur enfant soit souffrant<sup>1,2</sup>. Par contre, les médecins et les parents peuvent se sentir inconfortables avec la prise de narcotiques par les enfants. La plupart de leurs craintes (dépression respiratoire, narcomanie éventuelle) s'avèrent

*La D<sup>re</sup> Sophie Courchesne, omnipraticienne, exerce au Centre médical AJC et à l'Hôpital Sainte-Croix, à Drummondville.*

**La plupart des familles préféreraient que leur enfant passe ses derniers moments à la maison.  
La plus grande inquiétude des parents demeure que leur enfant soit souffrant.**

toutefois non fondées<sup>2</sup>. La majorité des enfants devront éventuellement avoir recours à des narcotiques pour traiter leur douleur. Une approche par étapes est recommandée, en commençant par des analgésiques simples et en augmentant ensuite progressivement les doses. Lors du plafonnement de la réponse, des analgésiques plus forts sont administrés (*figure*). Un traitement d'entretien devrait être instauré avec des narcotiques à longue durée d'action. Certaines formules peuvent être mélangées avec la nourriture et conserver tout de même leur efficacité en doses données deux fois par jour<sup>4</sup>. Les pics de douleur devraient être traités par des narcotiques à courte durée d'action. La voie orale est à privilégier chez les patients dans la mesure du possible. Les voies intrarectale, sous-cutanée et intraveineuse s'avèrent utiles lorsque le patient n'est plus en mesure d'avaler. La voie intramusculaire devrait être bannie, car

## T A B L E A U II

### Effets secondaires les plus fréquents des narcotiques

- Somnolence
- Constipation
- Nausées
- Prurit
- Vomissements

elle est trop douloureuse. La voie transdermique peut être instituée avec les timbres de fentanyl (Duragesic®) lorsque la douleur s'est stabilisée et que la dose totale de morphine par voie orale atteint 60 mg par jour. On trouvera un outil pratique pour les doses équivalentes d'opiacés dans l'article « Les opiacés et la douleur chronique » publié dans *Le Médecin du Québec* (juin 2003, vol. 38, n° 6, p. 66). Les anti-inflammatoires ont moins de place, car ils peuvent augmenter les risques de saignement<sup>5</sup>. Ils sont, par contre, efficaces dans la

coanalgie des douleurs osseuses<sup>2,3</sup>.

### Quels sont les effets secondaires les plus fréquents des narcotiques et comment y remédier ?

Les enfants tolèrent généralement assez bien les narcotiques. Les effets secondaires les plus fréquents sont indiqués dans le *tableau II*. La somnolence se manifeste souvent dans les premiers jours du traitement, mais s'atténue habituellement rapidement à mesure que le patient s'habitue au médicament<sup>2</sup>. La constipation est fréquente. Un émoullit de selles devrait donc toujours être prescrit de façon concomitante. Il est à noter que le docusate sodique (Colace®) n'a pas bon goût. Le prurit se traite habituellement facilement par de la diphényldramine (Benadryl®) et a tendance à diminuer avec le temps. Les nausées et vomissements sont plus rares que chez l'adulte et peuvent avoir aussi d'autres causes (*tableau III*). La dépression respiratoire est très rarement à craindre lorsque les doses sont augmentées progressivement et au bon rythme<sup>4,6</sup>.

### Existe-t-il une place pour la coanalgie en pédiatrie ?

La coanalgie a assurément sa place en pédiatrie<sup>2</sup>. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les AINS s'avèrent très efficaces pour traiter la douleur osseuse<sup>2,5,7</sup>. La radiothérapie diminue également les douleurs osseuses causées par les cancers primaires ou les métastases<sup>7</sup>. Cette option thérapeutique s'avère particulièrement intéressante

## T A B L E A U III

### Traitement des nausées et vomissements selon leur cause

#### Hypertension intracrânienne et stimuli par l'entremise du cortex cérébral

Ondansétron (Zofran®)

Dexaméthasone (Decadron®) – Cas résistants seulement

#### Médicaments et déséquilibres biochimiques

Phénothiazines

Métoclopramide (Maxeran®)

Dompéridone (Motilium®)

Ondansétron (Zofran®)

Halopéridol (Haldol®)

#### Stimuli du tractus gastro-intestinal

Métoclopramide (Maxeran®)

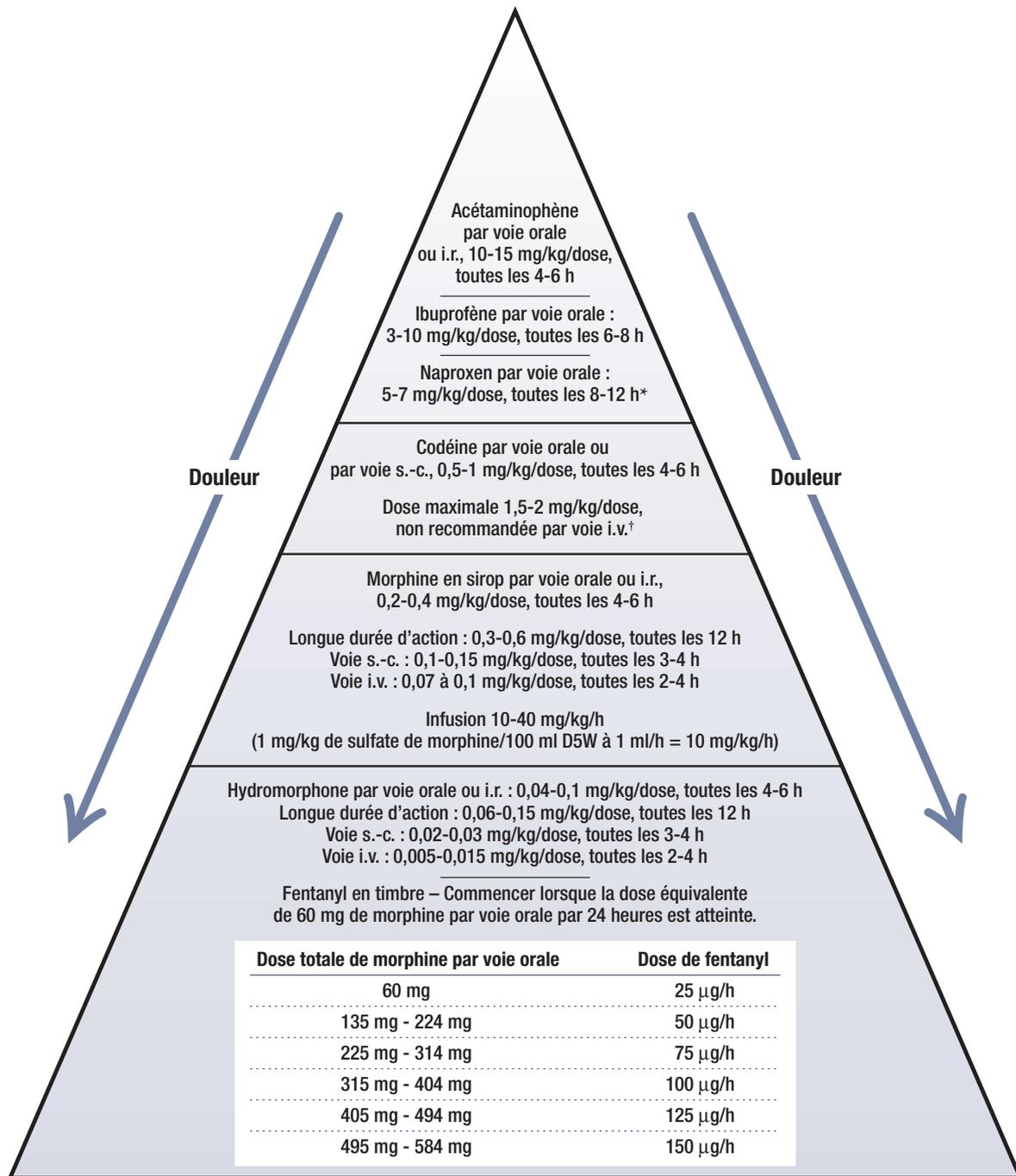
Dompéridone (Motilium®)

Ondansétron (Zofran®)

**Les enfants tolèrent généralement assez bien les narcotiques.**

## R E P È R E

Étapes du traitement de la douleur chez l'enfant



Les doses indiquées dans cette figure sont des doses de départ. La plupart des patients auront besoin de doses plus fortes.

\* Attention aux AINS dans les cas de troubles pouvant occasionner des saignements. Ex. : néoplasies hématologiques.

† La codéine est de moins en moins utilisée, car de 10 % à 15 % des patients n'ont pas le cytochrome pour la métaboliser en morphine.

chez les patients qui tolèrent mal les narcotiques. Les douleurs neuropathiques sont traitées par des stabilisateurs de membrane tels que l'amitriptyline (Elavil®), la carbamazépine (Tegretol®) et la gabapentine (Neurontin<sup>MC</sup>). Le rôle des corticostéroïdes est controversé en pédiatrie<sup>2,5</sup>. Leurs effets secondaires dépassent souvent le résultat thérapeutique escompté. Les doses doivent souvent être augmentées rapidement pour obtenir le même effet thérapeutique; surviennent alors des effets « cushingoïdes » qui ne plaisent pas aux enfants et aux adolescents. Pour le jeune, l'image corporelle est très importante; il n'accepte pas le gonflement et la prise de poids induits par les stéroïdes. Ces médicaments causent également une labilité de l'humeur difficile à tolérer en de pareilles circonstances. Il est donc recommandé de traiter les céphalées induites par une hypertension intracrânienne par des doses progressives d'analgésiques lorsque le patient est en phase terminale. Les corticostéroïdes devraient être réservés aux cas réfractaires. Le méthotrexate intrathécal s'est aussi avéré utile dans de tels cas<sup>5</sup>.

Le clinicien devrait anticiper la possibilité de convulsions chez son patient. Il peut certes être inquiétant pour les parents d'en entendre parler, mais leur anxiété diminuera s'ils ont un plan d'action approprié. Le diazépam intrarectal (Diatat®) s'utilise facilement et devrait être disponible, le cas échéant.

L'agitation se traite par des benzodiazépines ou de l'halopéridol (Haldol®), spécialement dans les derniers moments de la maladie. Les spasmes musculaires peuvent également être atténués par des benzodiazépines ou du baclofène (Lioresal®).

**J'**ESPÈRE QUE CET ARTICLE saura vous aider à prendre soin de Frédéric et de sa famille. Pour ce faire, vous devrez vous entourer d'une équipe. Le CLSC pourra souvent vous fournir le personnel infirmier, le travailleur social et l'équipement qui vous assisteront dans votre tâche. Il est certain que vous devrez parfois vous adresser à des équipes plus spécialisées. Ces dernières pourront vous fournir des conseils pour les cas les plus complexes. Il importe de se souvenir que le traitement pharmacologique n'est qu'une facette de la prise en charge et du suivi de l'enfant en soins palliatifs. Le soutien psychosocial demeure la pierre angulaire du traitement. ❧

Date de réception : 14 mai 2004

Date d'acceptation : 14 juin 2004

Mots clés : soins palliatifs, pédiatrie, douleur, soins à domicile

## S U M M A R Y

**Pediatric palliative care.** Over the last few decades, the curative rates of pediatric cancers have improved significantly. It is thus difficult for family physicians to feel at ease when facing a palliative care pediatric patient since they have not been exposed to such cases. Nevertheless, most families facing this dilemma prefer to keep their child at home with their loved ones. The family physician will therefore have to work with a multidisciplinary team to take care of the family and the child. The psychosocial intervention remains the cornerstone of the treatment. The pharmacological aspect differs slightly from the one of the adult population and will be discussed in more details in this article.

**Keys words:** Palliative care, pediatrics, pain, home care

## Bibliographie

1. Goldman A, Beardsmore S, Hunt J. Palliative care for children with cancer – home, hospital or hospice? *Arch Dis Child* 1990; 65 (6) : 641-3.
2. Beardsmore S, Fitzmaurice N. Palliative care in paediatric oncology. *Eur J Cancer* 2002; 38 (14) : 1900-7.
3. Wolfe J et coll. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N Eng J Med* 2000; 342 (5) : 326-33.
4. Goldman A, Bowman A. The role of oral controlled release morphine for pain relief in children with cancer. *Palliat Med* 1990; 4 : 279-85.
5. Goldman A. ABC of palliative care: Special problems in children. *BMJ* 1998; 316 (7124) : 49-52.
6. Siden H, Nalewajek. Higher dose opioids in pediatric palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25 (5) : 397-9.
7. Carron M, Brown M, Rowland P, Mirro J. Pain palliation with strontium-89 in children with metastatic disease. *Med Pediatr Oncol* 1996; 26 (6) : 393-6.

## Lectures suggérées

- Cyrenne L, St-Laurent-Gagnon T. La douleur chez l'enfant. *Le Médecin du Québec* 2003; 38 (2) : 39-46.
- Hunt A et coll. Transdermal fentanyl for pain in a pediatric palliative care population. *Palliat Med* 2001; 15 : 405-12.
- Lautrate C et coll. Intérêt du fentanyl par voie transdermique chez l'enfant en phase palliative. *Archives de pédiatrie* 1999; (6) 7 : 801-2.
- Walco G et coll. Pain, hurt and harm – the ethics of pain control in infants and children. *N Eng J Med* 1994; 331 (8) : 541-44.
- Morgan EK, Murphy SB. Care of children who are dying of cancer. *N Eng J Med* 2000; 342 (5) : 347-8.