



## Soins palliatifs et fin de vie

### Fiche clinique sur l'anorexie et la cachexie

#### 1. Mise en contexte

L'alimentation de la personne est grandement perturbée en soins palliatifs et en fin de vie. En effet, les personnes souffrant de maladie terminale ont souvent peu d'appétit et n'ont plus le réflexe ni l'envie de manger et s'hydrater.

L'anorexie correspond à la perte d'appétit et c'est un symptôme associé à une multitude de pathologies comme les cancers et les infections. Ce symptôme peut aussi avoir des causes psychogéniques (dépression, anxiété, etc.), être secondaire à des traitements (chimiothérapie, antibiotiques, antidépresseurs, etc.) ou des symptômes mal contrôlés comme la douleur, les nausées et vomissements, la dyspnée, les lésions buccales, etc.

La cachexie est un syndrome métabolique complexe caractérisé par la perte involontaire du tissu adipeux et musculaire qui ne peut être corrigé par la stimulation de l'appétit et les suppléments nutritionnels. Elle est indépendante de la taille de la tumeur ou de l'étendue des métastases. Elle s'observe dans plusieurs maladies, comme les cancers (surtout les cancers gastro-intestinaux, pulmonaires et de la prostate) et les insuffisances organiques. Les personnes atteintes de cancer d'origine digestive sont d'autant plus affectées, compte tenu des symptômes digestifs associés comme la dysphagie, les nausées et vomissements, l'anorexie, etc. La cachexie est facteur de mauvais pronostic. La perte de poids, l'asthénie et la perte d'appétit qui en découlent prédisposent la personne à l'immobilité et au développement des lésions de pressions.

Chez certaines personnes, la perte de poids sera plus difficile à observer, puisque certains médicaments comme les corticostéroïdes entraînent une obésité tronculaire à long terme. De plus, l'ascite, l'œdème au niveau des membres inférieurs ou même généralisé est fréquent en présence d'hypoalbuminémie, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale, etc. ce qui peut surestimer le poids réel de la personne.

#### 2. Impacts

La cachexie entraîne un affaiblissement musculaire et une asthénie, ce qui provoque une perte progressive de l'autonomie aux AVQ et une perte de la qualité de vie. Puisque s'alimenter est signe de santé et de vigueur et est une composante importante de la vie sociale, l'anorexie et la cachexie sont souvent source de questionnement et d'inquiétude chez la personne et ses proches. Il y a quelque chose de désespérant dans le fait de voir quelqu'un s'affaiblir et s'amaigrir sans rien pouvoir y faire. L'arrêt de l'alimentation est souvent vu comme un abandon et évoque une fin imminente.

#### 3. Les besoins nutritionnels

La diminution ou la qualité des apports associés à la perte d'appétit ou d'intérêt pour la nourriture sont souvent perçue par les proches comme l'unique cause de l'amaigrissement de la personne. Il importe alors de leur expliquer qu'à ce stade de la maladie, les suppléments nutritionnels et la stimulation de l'appétit sont peu avantageuses et ne suffisent pas à contrer une perte de poids inévitable, consécutive à la maladie évolutive. L'équipe de soins a un rôle clé à jouer pour amener les proches à lâcher prise sur certains aspects de l'alimentation.

La préoccupation première n'est plus la quantité, ni la qualité des aliments, mais plutôt le réconfort et le plaisir qu'ils procurent. La personne peut donc manger tout ce dont elle a envie, même si cela peut nous sembler surprenant ou peu nutritif. À cette étape de vie, on ne parle plus d'alimentation santé, mais d'alimentation tolérée et adaptée à la situation de santé sans cesse changeante.

#### 4. Évaluation infirmière

L'infirmière a un rôle important à jouer en ce qui a trait à l'anticipation, l'évaluation, le soutien et l'enseignement à la personne et ses proches.

##### 4.1. Anamnèse

Le questionnaire PQRSTU est l'outil à privilégier pour dresser un portrait le plus juste de l'anorexie :

PQRSTU de l'anorexie et cachexie
<b>P : Provoquer/Pallier</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qu'est ce qui contribue à cette baisse/perte d'appétit? P. ex. : médicaments, intolérances alimentaires, douleur, xérostomie, lésions buccales, modification du goût des aliments, fatigue, perte d'intérêt pour la nourriture, peur de vomir? inquiétudes, etc.</li> <li>▪ Qu'est-ce qui pourrait, selon vous, vous redonner ou améliorer votre appétit?</li> </ul>
<b>Q : Qualité-Quantité-Impact</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comment évaluez-vous votre appétit en ce moment? Ressentez-vous la faim? Avez-vous manger et bu dans les dernières 24 heures?</li> <li>▪ Que mangez-vous dans une journée? Quelle quantité de liquide buvez-vous dans une journée? A quoi ressemblent vos portions?</li> <li>▪ Votre capacité d'effectuer vos activités habituelles a-t-elle changée?</li> <li>▪ Quel est l'impact sur votre vie au quotidien? Comment vos proches perçoivent la situation?</li> </ul>
<b>R : Région/Irradiation</b>
S/O
<b>S : Signes/symptômes associés</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avez-vous d'autres symptômes associés? P. ex. douleur, fatigue, nausées/vomissements, difficulté à avaler, inconfort gastro-intestinaux, constipation, diarrhée, changement dans vos urines, difficulté à vous concentrer, etc.</li> </ul>
<b>T : Temps-durée-intermittence</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depuis combien de temps avez-vous observé cette baisse/perte d'appétit?</li> <li>▪ Est-ce qu'elle varie selon les moments de la journée?</li> </ul>
<b>U : Understanding (signification pour la personne)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ À quoi attribuez-vous cette baisse d'appétit ?</li> </ul>

En plus de questionner la personne, l'infirmière doit se référer au dossier et faire ressortir différents éléments pour compléter son évaluation :

- Explorer les diagnostics et les ATCD, traitements médicaux, afin de repérer les pathologies ou problèmes de santé susceptibles de nuire à l'alimentation et à l'hydratation (p.ex. cancer digestifs, effets secondaires de la radiothérapie et la chimiothérapie, occlusion intestinale, dépression, etc.) ;
- En collaboration avec le prescripteur, réviser le profil médicamenteux et cesser les médicaments non essentiels qui nuisent à l'alimentation et l'hydratation ;
- Explorer les derniers résultats de laboratoire à la recherche d'anomalies : troubles métaboliques, électrolytiques, désordres endocriniens, etc.
- Rechercher les causes potentielles liées à l'anorexie : p. ex. douleur ou autres symptômes mal contrôlés (nausées, constipation ou diarrhée, dyspnée, anxiété, etc.), problèmes liés à l'alimentation (dentier mal ajusté, xérostomie, lésion buccale, dysgueusie, etc.);
- Observer et noter les apports pour suivre l'évolution au quotidien selon la pertinence;
- Afin de cibler le portrait clinique le plus juste de la personne, considérer les observations des proches et de tous les membres de l'équipe interdisciplinaire.

#### **4.2. Examen physique ciblé**

L'examen physique doit être réalisé en fonction du questionnaire et des symptômes présents. Par exemple, un examen de l'abdomen sera pertinent à exécuter si la personne se plaint de constipation ou de satiété précoce, alors qu'un examen de la bouche sera fait si la personne se plaint de dysphagie ou de douleur buccale.

Signes vitaux et autres paramètres selon pertinence : TA, FC, poids, etc.

Signes de déshydratation : langue et lèvres sèches, absence de filet de salive, persistance du pli cutané, urine concentrée, oligurie, etc.

Examen de la cavité buccale : Candidose, lésions, prothèses dentaires mal ajustées, etc.

Examen état mental : État de conscience, capacité d'attention, orientation, organisation de la pensée, etc.

Signes d'inconfort: tension au niveau du visage et des membres, gémissement ou agitation, etc.

### **5. Approche thérapeutique**

L'alimentation est surtout axée sur le respect des goûts et de la tolérance. Pour la personne, manger doit demeurer une source de plaisir le plus longtemps possible et ne pas occasionner d'inconfort. Il ne faut jamais forcer la personne à manger. Il est primordial de respecter les refus et de réévaluer les besoins de la personne en continu.

#### **5.1. Approches non-pharmacologiques**

Des interventions personnalisées et adaptées aux besoins de la personne sont la meilleure option à lui offrir. C'est la qualité de l'écoute et de la présence qui souvent aide le plus la personne et les proches dans ces moments difficiles.

## Fiche clinique sur l'anorexie et la cachexie

- Explorer et respecter les désirs, les goûts et les préférences plutôt que d'insister sur la valeur nutritive des aliments;
- Favoriser un environnement calme, libre d'odeur forte et désagréable;
- Offrir de petits repas agréables à manger, plus fréquents, facile à digérer (riche en calories et protéines, faible en gras), et aux moments où les aliments sont les mieux tolérés;
- Adapter la vaisselle pour rendre le repas plus attrayant et de petites portions pour éviter de décourager la personne;
- Aliments froids souvent préférés aux aliments chauds;
- Si la personne en fait la demande, lui proposer des suppléments protéiques qui sont agréables à manger. P. ex : la protéine de lactosérum (Beneprotein) peut être ajoutée aux breuvages, aux céréales chaudes, aux potages, sans en altérer le goût;
- Adapter la texture et consistance si dysphagie ou pour faciliter l'ingestion en recourant à l'expertise d'une nutritionniste;
- Respecter le rythme de la personne et offrir des heures de repas flexibles;
- S'assurer d'un ajustement adéquat des prothèses dentaires;
- Soins de bouche fréquents;
- Encourager une présence significative aux repas.

### 5.2. Approche pharmacologique

On utilise rarement des médicaments pour traiter l'anorexie et la cachexie, car leurs effets sur l'appétit et le poids sont mitigés et les inconvénients surpassent généralement les bénéfices. Toutefois, certains médicaments prescrits pour d'autres symptômes (douleur, dépression, insomnie, etc.), et à cause de leur effet « effet secondaire » de stimuler l'appétit, peut orienter l'équipe traitante d'aller vers le choix de certains médicaments.

Par exemples :

- Dexaméthasone (Décadron<sup>MD</sup>)
- Olanzapine (Zyprexa<sup>MD</sup>)
- Mirtazapine (Remeron<sup>MD</sup>)

### 6. Documentation en soins infirmiers

Il est primordial de documenter l'évaluation clinique, les traitements médicamenteux et les approches non-pharmacologiques réalisées, leur efficacité ainsi que la surveillance effectuée. Lorsque l'infirmière détaille bien ces aspects, il est ensuite facile de retracer l'évolution des symptômes et les interventions qui fonctionnent.

L'infirmière note aussi au PTI ses constats, les directives et les surveillances requises en lien avec l'alimentation et l'hydratation et met à jour le plan de travail.

#### Documentation complémentaire à consulter

- ✓ Algorithme sur la gestion de l'anorexie et la cachexie

**Références** : Consulter le document « Références pour les fiches et algorithmes en soins palliatifs et fin de vie ».