VISage
Vienne Santé Gérontologie

« VISage à découvert »
La lettre mensuelle n°44 – juillet 2007

Nutrition artificielle en fin de vie : Soin ou traitement ? Pour quel bénéfice ?

La question de l'indication de la nutrition artificielle (NA) chez les patients en fin de vie est régulièrement posée par le débat médiatique et quotidiennement dans notre pratique. La Loi sur la fin de vie d'Avril 2005 (dite Loi « Leonetti ») évoquant la possibilité de limiter ou arrêter un traitement, semble orienter la réponse en définissant l'alimentation artificielle (entérale et parentérale) comme apparentée aux « *traitements de suppléance des fonctions vitales* » au même titre que la ventilation artificielle ou la dialyse, que l'on est donc en droit d'interrompre ou ne pas démarrer.
La question est celle des repères techniques, déontologiques et éthiques qui vont guider cette décision, elle-même s'intégrant dans l'élaboration globale du projet de soins du patient.

- La question du « délai » de survie est évidemment déterminante dans la décision. Il faut donc préciser **le stade évolutif de la maladie et tenter d'évaluer le pronostic vital du patient** : cette évaluation est souvent inconfortable et (heureusement ?) source d'approximation mais il est indispensable de relier la question nutritionnelle avec le reste des objectifs thérapeutiques (traitement à « visée curative », soins de confort, réversibilité potentielle d'un épisode clinique aiguë en cours….)

En oncologie, si l'espérance de vie d'un patient est inférieure à 3 mois et le Karnofsky est inférieur à 50% (le patient passe plus de 50% du temps au lit et/ou fauteuil), la nutrition artificielle « n'est pas recommandée » *(« inconvénients supérieurs aux avantages escomptés »)*. **En gériatrie**, et/ou lors d'affection dégénérative, en l'absence de cancer, les modes évolutifs sont plus divers et le pronostic plus difficile à évaluer. On peut s'appuyer là aussi sur des critères de mauvais pronostic (ex : albuminémie) surtout s'ils sont associés. Il y a là aussi un consensus large pour prédire l'absence de bénéfice à attendre en cas de mauvais pronostic.

- **Le rapport bénéfice/risque** propre à toute thérapeutique doit donc être bien pesé.

Quel bénéfice est réellement recherché ? **Prolonger la survie ?** Nous l'avons vu cet objectif est malheureusement illusoire, sauf dans certaines situations (espérance de vie à priori prolongée, cancer ORL avec aphagie totale, occlusion intestinale sur cancer par exemple). **Limiter l'inconfort lié à la dénutrition (risque d'escarre, infection)?** Les troubles métaboliques liés à la plupart des situations évoquées ne sont malheureusement pas améliorés par la NA au stade qui nous concerne, alors que des soins de nursing renforcés ont prouvé leur efficacité. **Améliorer la qualité de vie ?** Les études existantes ne le montrent pas (sauf en cas d'occlusion sur carcinose péritonéale). **Eviter de « laisser mourir de faim » ?** Les patients en phase terminale ne se plaignent pas de sensation de faim. En outre, c'est bien la maladie qui conduit au décès et non directement la dénutrition.
Quels sont les risques de la Nutrition Artificielle ? **Surcharge hydrique** et ses conséquences directes (oedèmes, encombrement pulmonaire, hyponatrémie de dilution), et indirectes (diurétisation intempestive, contrôles ioniques, sondage, ponction …). **Sur-médicalisation** de la fonction nutritionnelle tendant à **éclipser la dimension « affective »**, relationnelle, sociale du « repas » où la famille a encore toute sa place, avec le risque de **couper ce lien** essentiel pour elle avec leur proche. **Altération du peu d'appétit** qui restait, lorsque la prise orale est possible, et **limitation de la mobilité** du patient. Entretien de l'**angoisse** autour de la perte de poids, **régression psychique** du patient.

- **Le maintien d'une prise orale est elle encore possible** ?

Si oui, il existe un consensus pour toujours **privilégier et encourager la voie orale** (soins de bouche adaptés, fractionnement des repas, adaptation de la consistance et de la présentation, enrichissement éventuel, médication orexigène …). Le maintien, même de petite quantité d'apport, permet de soulager une sensation de faim et de conserver une alimentation « plaisir ».
Si non, quelle est la cause de l'impossibilité de maintien de la voie orale (et non pas la cause de la dénutrition) ? A-t-on exclu une **cause curable d'aphagie** : mycose, sécheresse buccale, douleur, pathologie ulcéreuse oeso-gastro-duodénale…Trop de patients sont étiquetés définitivement « trouble de déglutition» avec démobilisation soignante autour des soins de bouche et d'une rééducation adaptée de la prise orale. **Si aucune cause curable n'est retrouvée**, l'indication de NA sera discutée, en fonction d'objectifs clairs et raisonnables (par exemple : soutien nutritionnel transitoire pour passer un cap difficile), en privilégiant la voie entérale à la voie parentérale, en recherchant une adéquation entre la proposition et les attentes profondes du patient ou de sa personne de confiance.
Dans tous les cas il faudra veiller à expliquer et rassurer le patient, l'entourage et les soignants sur les arguments ayant motivés la décision et avoir une réflexion sur nos propres représentations et projections par rapport à l'alimentation et la fin de la vie.
Soin de base ou traitement ? Plutôt qu'une opposition entre les deux, l'important reste de proposer une continuité de suivi et d'accompagnement en assouplissant nos « réflexes » thérapeutiques à la singularité de chaque situation rencontrée.

Dr Bruno ROCHAS et l'équipe mobile douleur et soins palliatifs – Centre Hospitalier de Vienne

Références : Médecine Palliative n°3 vol.5 Juin 2006 ; Standards-Options-Recommandations/ FNCLCC ; Revue LAENNEC 3/2006 Tome 54 ; Traité de nutrition artificielle (Société Francophone de Nutrition Entérale et Parentérale)

NOTEZ DANS VOS AGENDAS : Prochaine réunion pluridisciplinaire de concertation et de formation le lundi 1er octobre à 20h