



Fiche clinique : ANOREXIE ET DÉSHYDRATATION

L'alimentation et l'hydratation de la personne sont grandement perturbées en soins palliatifs et en phase terminale. L'anorexie et la déshydratation qui en découlent sont des symptômes courants et attendus avec la progression de la maladie. Lorsqu'ils se manifestent, ils deviennent de grandes sources de difficultés et d'inquiétudes pour la personne et ses proches/famille.

1. Causes/conséquences

Des symptômes mal contrôlés, tels que la douleur, les nausées, les vomissements, la constipation, les lésions buccodentaires ainsi que la confusion, ont une incidence directe sur la qualité de l'alimentation. Outre la maladie elle-même, une dysphagie, la peur de vomir et les médicaments sont d'autres facteurs contribuant à la perte de l'appétit et à l'anorexie.

En plus de ne pas avoir d'appétit, la personne peut ne pas avoir l'énergie suffisante pour manger. L'équipe de soins et les proches devront suppléer à son besoin de s'alimenter en lui apportant l'assistance nécessaire.

2. Les besoins nutritionnels en soins palliatifs et fin de vie

En soins palliatifs, la préoccupation première n'est plus la quantité, ni la qualité des aliments, mais plutôt le réconfort et le plaisir qu'ils procurent. Si elle tolère bien les aliments, la personne peut manger tout ce dont elle a envie même si cela peut nous sembler surprenant et inapproprié quant à ses problèmes de santé. Les portions peuvent paraître minimes, mais sont amplement suffisantes pour elle. 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. Malgré les apports alimentaires, une perte de poids, conséquente à la maladie évolutive, sera quand même observable.

En phase terminale, le corps ne parvient plus à digérer et à absorber les nutriments comme auparavant et manger peut devenir source d'inconfort. À l'approche de la mort, le désir de manger et de boire s'atténue de plus en plus.

Il est pénible pour les proches/famille d'assister à une diminution ou à l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation chez la personne qu'ils affectionnent. Pour eux, le fait de ne plus boire ou manger les confronte à l'évidence d'une détérioration et d'une évolution certaine vers la mort. Ils auront besoin d'être sécurisés dans leur angoisse et dans leurs attitudes face à ces changements pour mieux supporter la personne qu'ils accompagnent. Notre approche est de les aider à atteindre un certain lâcher-prise en les rassurant sur le fait qu'une alimentation et une hydratation forcée ne peuvent qu'aggraver l'état de la personne et lui occasionner des inconforts.

3. Démarche clinique de l'infirmière en contexte d'anorexie et de déshydratation

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

3.1. Évaluation clinique

- Connaître l'histoire de santé, ATCD médicaux, stade de la maladie
- Réviser avec le médecin le profil médicamenteux afin de simplifier la médication et cesser les médicaments non essentiels
- Repérer les problèmes d'alimentation (mastication, salivation, déglutition, etc.)
- Rechercher les causes qui affectent la perte d'appétit



Fiche clinique : ANOREXIE ET DÉSHYDRATATION

- Faire la collecte de données subjectives par le questionnaire PQRST : Outil d'autoévaluation de la personne capable de répondre aux questions, d'exprimer et de décrire son inconfort
- Explorer les perceptions, motivations, et les refus
- Explorer les désirs, les goûts et les préférences plutôt que la valeur nutritive des aliments qui n'a plus la même signification en soins palliatifs

3.2. Observer et rechercher les signes d'inconforts, comportements inhabituels

Nausées, vomissements, constipation, diarrhée, sécheresse de la bouche ou autre problématique buccale, prothèses mal ajustées, solitude, anxiété, asthénie, résistance aux soins, agitation, délirium, etc.

3.3. Demeurer attentif aux signes de déshydratation

Recadrer ce phénomène en contexte de fin de vie. Rassurer les proches/famille.

3.4. Examen physique ciblé selon les symptômes et signes d'inconfort présents

Examen de la cavité buccale, toucher rectal, examen physique de l'abdomen, etc.

3.5. Constat au PTI, directives infirmières, note au dossier

4. Approche thérapeutique de l'anorexie et la déshydratation

Il n'existe aucun traitement spécifique ou remède miracle pour contrer l'anorexie. C'est un processus normal et attendu avec la progression de la maladie. L'approche thérapeutique de base sera essentiellement orientée vers la recherche des causes traitables si la condition de la personne le permet.

L'alimentation en soins palliatifs est surtout axée sur la déculpabilisation et sur le respect des goûts et de la tolérance. Des interventions personnalisées et adaptées aux besoins de la personne sont la meilleure option à lui offrir. Manger peut constituer l'une de dernières sources de satisfaction. Offrir à la personne ce qu'elle aime, en petites quantités, de façon attrayante, et aux moments où les aliments sont les mieux tolérés. Miser sur une ambiance stimulant l'appétit et le plaisir.

La nutrition doit demeurer le plus longtemps possible un moment agréable, une source de réconfort et de bien-être sans occasionner d'inconfort. Ne jamais forcer la personne à manger. Accepter les refus et réévaluer souvent le besoin. C'est la qualité de l'écoute et de la présence qui souvent aide le plus la personne dans ces moments difficiles. Des petites attentions ou douceurs font parfois toute la différence.

5. Déshydratation et la fin de la vie

En fin de vie, la décision d'hydrater ou non soulève autant de questions que d'émotions. Une demande d'hydratation parentérale pour suppléer au manque d'apport liquidien peut provenir de la personne elle-même ou de ses proches/famille. Une telle demande doit être prise en considération et engage une discussion et une évaluation complète de la situation médicale avec le médecin.

Par des explications simples et claires, les proches seront informés qu'il est raisonnable de s'abstenir de toute intervention non essentielle au confort immédiat de la personne surtout lorsqu'un décès est imminent. Une hydratation parentérale est considérée comme une intervention invasive et constitue une source de complications en fin de vie et ne prolonge pas la survie. Les proches ont besoin d'être éclairés, informés sur le phénomène de la déshydratation en fin de vie et des effets bénéfiques qu'on lui attribue.



6. Déshydratation et ses effets bénéfiques

En fin de vie, la déshydratation a des effets bénéfiques sur le bien-être de la personne. Elle diminue les sécrétions gastro-intestinales et pulmonaires. Il s'ensuit donc moins de risques de vomissements, d'œdème, de toux et d'étouffement.

En ingérant peu ou pas de liquide, la production d'urine est moindre, donc moins de mobilisations désagréables et douloureuses reliées à l'élimination urinaire. Une augmentation de la concentration des électrolytes agit comme anesthésiant naturel. La déshydratation est donc un phénomène non douloureux en soi. Des soins de bouche réguliers et une hydratation buccale en très petite quantité constituent une bonne pratique palliative visant le confort et la qualité de vie de la personne dans ses derniers jours.

Favoriser la collaboration des proches/famille en leur enseignant comment hydrater ou prodiguer un soin de bouche à leur être cher. Laisser aux proches/famille la place qu'ils souhaitent prendre et les aider à s'impliquer.

Se référer à l'algorithme

- Approche thérapeutique de l'anorexie et de la déshydratation.



LE PQRST-U

		Anorexie
P	Provoquer Pallier	<ul style="list-style-type: none">▪ Attribuez-vous une cause particulière à cette baisse d'appétit? (ex. : solitude, changement de goût, de routine, perte d'autonomie, problèmes financiers, inquiétudes)▪ Avez-vous diminué vos activités dans les dernières semaines?▪ Avez-vous des nausées ou des vomissements actuellement?▪ Avez-vous de la douleur? (ex. : bouche, estomac, abdomen)▪ Avez-vous de la difficulté à avaler?▪ Souffrez-vous de constipation ou de diarrhée?▪ Vous sentez-vous plus fatigué?▪ Vous sentez-vous anxieux?▪ Qu'est-ce qui pourrait, selon vous, vous redonner de l'appétit ou l'améliorer?
Q	Qualité Impact Quantité	<ul style="list-style-type: none">▪ Décrivez-moi ce que vous mangez dans une journée?▪ Quelles sont les portions que vous mangez au repas?▪ Quelle est la quantité de liquide que vous prenez dans une journée?
R	Région Irradiation	<ul style="list-style-type: none">▪ Non applicable
S	Sévérité Signes Symptômes	<ul style="list-style-type: none">▪ Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune perte d'appétit et 10 étant une perte d'appétit sévère, comment évaluez-vous votre appétit en ce moment?▪ Avez-vous perdu du poids ces derniers temps?▪ Avez-vous été hospitalisé pour des problèmes digestifs?▪ Dans le passé, avez-vous eu des problèmes avec votre poids?▪ Est-ce que le manque d'appétit affecte votre moral?
T	Temps Durée, Intermittence	<ul style="list-style-type: none">▪ Depuis combien de temps avez-vous cette perte d'appétit?▪ Est-ce que la baisse d'appétit varie selon les journées?▪ Est-ce la première fois que vous avez une perte d'appétit qui influence votre qualité de vie?▪ Quel est l'impact de cette perte de poids sur votre moral? (image corporelle, estime de soi)▪ Quel est l'impact de cette baisse d'appétit sur vous et votre proche?
U	Understand (signification pour la personne)	<ul style="list-style-type: none">▪ De quel problème croyez-vous qu'il s'agit?▪ Comment expliquez-vous ce qui vous arrive? (perte d'appétit)

Laporte, L. ; Utilisation du modèle PQRST (I) spécialisé pour l'infirmière en oncologie ; Hôpital Charles Lemoyne, 2006