



Le rôle de la réadaptation palliative en milieu hospitalier

Marina Brousseau, physiothérapeute
Nathalie Cyr, ergothérapeute

Plan de la présentation

1. Définition de la physiothérapie et de l'ergothérapie
2. Rôles de la réadaptation palliative
3. Les étapes des interventions en réadaptation
4. Buts et interventions en réadaptation
5. Types de clientèle en soins palliatifs
6. Histoires de cas

La physiothérapie

La physiothérapie est une thérapie ayant pour but de maximiser la fonction physique et la motricité en utilisant des moyens physiques tels que la thérapie manuelle, la chaleur, le froid, l'électrothérapie, l'eau, les exercices, les massages et la fonction.

La physiothérapie traite les problèmes neuro-musculo-squelettiques, c'est-à-dire les problèmes neurologiques, articulaires, musculaires, de force, d'endurance, de douleur, les troubles d'équilibre, de coordination, de proprioception, les troubles respiratoires...

L'objectif de la physiothérapie est d'amener le patient vers une forme physique fonctionnelle ou comme en soins palliatifs, vers une forme maximale selon les limites que la maladie impose.

L'ergothérapie

L'ergothérapie est une profession qui vise à promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. Le principal objectif de l'ergothérapie est de donner à chacun la possibilité de prendre part aux activités quotidiennes.

Les ergothérapeutes regardent la personne en considérant la relation dynamique qui existe entre la personne (ses dimensions physique, cognitive, affective et sa spiritualité); l'environnement (physique, social, culturel et institutionnel) et l'occupation (les soins personnels, la productivité et les loisirs).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé « les soins palliatifs offrent un système de soutien pour aider les malades à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort ». Or l'ergothérapie repose sur le concept d'activité défini comme l'interaction de l'individu en fin de vie avec son environnement contribuant à sa qualité de vie et son autonomie.

Rôles de la réadaptation palliative

Le but premier de la réadaptation en phase palliative est d'optimiser la qualité de vie de ces personnes. Être en soins palliatifs ne veut pas dire être confiné au lit en attendant la mort. Cela signifie plutôt qu'il faut prendre tous les moyens disponibles pour que ces personnes soient suffisamment soulagées et qu'elles subviennent à leurs besoins physiques et cognitifs le plus longtemps possible. Ceci permet de préserver leur dignité, leur estime de soi, alléger la charge des aidants naturels et permet un retour et le maintien à domicile. Tout cela doit aussi être fait en conservant assez d'énergie pour profiter des précieux moments qui leur restent à vivre en compagnie de leur entourage.

Les étapes de la réadaptation

L'intervention débute par l'évaluation des besoins de la personne malade en consultant le dossier, l'équipe multidisciplinaire déjà en place (médecin, infirmière, préposé, travailleuse sociale, nutritionniste...), l'équipe multidisciplinaire du CLSC, le malade et ses proches.

Le physiothérapeute et l'ergothérapeute poursuivent l'évaluation par un examen physique et cognitif selon l'atteinte et une évaluation fonctionnelle. Le tout prend en considération l'environnement physique où la personne réside.

Par la suite, la réadaptation met en place un plan d'interventions qui correspond aux objectifs déterminés conjointement avec la personne et sa famille et qui doit être réaliste.

Ces buts varient selon les besoins, l'atteinte et le stade de la maladie. Par exemple les besoins sont différents pour une personne très autonome, peu souffrante vs une personne très souffrante alitée et confuse.

Buts et interventions

On peut les regrouper en trois grandes catégories:

- Diminution des signes et symptômes
- Prévention et confort
- Maintien, amélioration ou compensation de l'autonomie

1. Diminution des signes et symptômes

- Diminution de la douleur:
 - Agent thermique (chaud, froid)
 - Stimulation électrique transcutanée (TENS)
 - Massage
 - Mobilisations actives, passives ou assistées
 - Positionnement au lit ou au fauteuil: suggérer corset, orthèse, oreiller de positionnement,
 - Choix d'une surface thérapeutique: matelas mousse, à air ou à air alterné
 - Techniques de relaxation: autoguidée ou visualisation
 - Principes de protection articulaire
 - Diminution de la douleur lors des transferts avec l'ajout d'aides techniques tels qu'un valet de lit, un siège de toilette surélevé.
- Diminution des engourdissements
 - Traction
 - Étirement neural

1. Diminution des signes et symptômes

- Diminution de la dyspnée, contrôle du stress et de l'anxiété
 - Techniques de relaxation par visualisation ou relaxation autoguidée
 - Techniques d'inhibition du système sympathique
 - Techniques de respiration diaphragmatique
 - Techniques de RRR
 - Exercices respiratoires, techniques de dégagement des voies respiratoires
 - Technique d'expiration lèvres pincées
 - Horaire occupationnel pour un équilibre et une conservation d'énergie appropriée
- Diminution des vertiges
 - Éducation
 - Manœuvres de libération
 - Désensibilisation/habitude
 - Encourager l'activité
- Diminution de l'œdème
 - Massages
 - Positionnement au lit et au fauteuil
 - Contentions élastiques (bandages et vêtements compressifs)
 - Exercices circulatoires

1. Diminution des signes et symptômes

- Diminution de l'ankylose
 - Mobilisations actives, passives ou assistées
 - Enseignement d'exercices au patient
 - Encourager l'activité par les activités de la vie quotidienne
- Diminution de la spasticité
 - Mobilisations
 - Techniques d'inhibition
 - Positionnement au lit et au fauteuil
- Diminution de la fatigue
 - Exercices de mobilité générale
 - Exercices d'endurance
 - Exercices fonctionnels, participation dans les AVQ et les AVD
 - Principes de conservation d'énergie, horaire occupationnel

2. Prévention et confort

- Prévention des fractures
 - Évaluation des aides techniques à la marche et aux transferts
 - Diminution de la mise en charge
 - Suggestion de corsets
- Prévention des chutes
 - Évaluation et traitement de l'équilibre, des transferts et des déplacements
 - Exercices de mobilité et de renforcement
 - Aides techniques aux transferts et à la marche
 - Demande pour le transport adapté ou la vignette de stationnement
- Prévention des plaies
 - Positionnement au lit et au fauteuil, mobilité, surfaces thérapeutiques
- Prévention de l'intégrité des systèmes en favorisant la mobilité et la participation dans les activités de la vie quotidienne et domestique: circulatoire (afin de diminuer les risques de TPP), respiratoire (pour prévenir l'atélectasie et les pneumonies), digestif (pour diminuer les risques de constipation) et musculo-squelettique
- Prévention des accidents à domicile
 - Évaluation de la sécurité à la cuisine, popotte roulante
 - Évaluation de la sécurité aux transferts
 - Évaluation des habiletés cognitives et de la prise de médicaments
 - Système Argus
- Positionnement au lit et au fauteuil
- Enseignement et mise en application des principes de conservation d'énergie

3. Maintien, amélioration ou compensation de l'autonomie

- Maintien de l'autonomie
 - Pratique de l'équilibre, de la coordination et de la motricité
 - Pratique des transferts et recommandation d'aides techniques nécessaires: barres d'appui au bain, siège de toilette surélevé, banc de bain, valet de lit, lit d'hôpital
 - Pratique de la mobilité au lit, des déplacements et des escaliers
 - Pratique des soins personnels et recommandation d'aides techniques pour conserver l'autonomie tels enfile-bas, éponge à long manche, pince à long manche.
 - Principe de protection articulaire: ustensiles adaptés, orthèse de repos, manière de prendre les objets
 - Principes de conservation d'énergie pour conserver l'autonomie qui importe à la personne.

Clientèle en soins palliatifs

On retrouve trois types de clientèle:

- 1-Patient admis pour un problème X (tel contrôle de la douleur) avec un retour à domicile
- 2-Patient arrivant en perte d'autonomie secondaire au néo avec un retour à domicile incertain ou à déterminer selon l'évolution
- 3-Patient admis pour une fin de vie à l'hôpital

La réadaptation a sa place dans toutes ces catégories.

Première histoire de cas

Patient âgé de 61 ans, atteint d'un néo prostatique diagnostiqué en 2003. M. est traité par blocage hormonal mais est hormono réfractaire. M. a refusé la chimiothérapie. Il a des métastases osseuses lombaires et costales (L1, L5 et côtes) en juin 2007.

Contexte:

Monsieur est admis à USP le 24-08-2007 pour contrôle de la douleur lombaire avec une rotation à la méthadone. Depuis une semaine, il a des chocs électriques et des engourdissements au MIG. Il note aussi une dérobade du genou g à la marche et doit utiliser une marchette depuis 4 jours. M. trouve aussi que son équilibre se détériore depuis quelques jours. Il a fait une chute à la maison la veille de son admission et accuse une douleur à l'épaule gauche depuis.

Conditions associées: Spondylarthrose, discarthrose, sténose spinale. A été suivi par psychologue de l'USP de octobre 06 à janvier 07 pour dépression post néo.

Médication: Dilaudid, méthadone, lyrica, effexor, seroquel, ativan, surfak et senokot.

R-X de l'épaule: Ne montre pas d'évidence de fracture

Scan lombaire: D'importants changements étagés de spondylodiscarthrose davantage marqués en L3-L4 où il existe une sténose spinale importante. Des phénomènes d'allure métastatique étagés et davantage marqués au corps vertébral de L2 qui présente une perte de hauteur d'environ 30% avec un trait de fracture récent à la portion inférieure gauche, non déplacée. En position immédiatement postérieure au corps vertébral L2, petite coulée tissulaire de 5 mm d'épaisseur soulevant nécessairement l'hypothèse d'une coulée métastatique épidurale antérieure en contact étroit avec des phénomènes lytiques et blastiques intéressant la portion postérieure du corps vertébral L2. Sténose spinale au moins légère à ce niveau.

Environnement social et physique: M. vit avec sa conjointe qui ne travaille pas, dans un bungalow avec 2 marches extérieures et main courante à droite. M. doit aller au sous-sol pour prendre une douche. M. est un soudeur en congé de maladie depuis 4 ans. Il a deux filles habitant à l'extérieur de la région. M. reçoit un suivi nursing du CLSC. Pour l'instant, il refuse le md à domicile et préfère le suivi en clinique externe. Il a reçu de l'ergo du CLSC les équipements suivants: marchette roues/skis et valet de lit.

Attente de M.: RAD le plus tôt possible

La réadaptation est demandée en vu d'organiser un RAD sécuritaire, entre autre pour évaluer les risques de chute et les équipements à mettre en place.

Première visite: le 26-08-2007

Lecture du dossier en physio et prise en charge. À l'évaluation fonctionnelle, on note une douleur à la palpation de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avec une diminution de l'amplitude articulaire et faiblesse. Une faiblesse est aussi notée au MI G > D (4-/5). Au MIG: un clonus infatigable, babinski +, hyperréflexie et une diminution de la mobilité neurale importante.

M. est toutefois autonome pour ses transferts avec le valet de lit et prend beaucoup d'appui avec les membres supérieurs pour le transfert assis à debout.

Son équilibre est très précaire. Il tient 20 sec. debout sans appui et le patron de marche n'est pas sécuritaire: ataxie, incoordination, faiblesse, dérobage des genoux. Une supervision étroite est requise et aide partielle occasionnelle. Il marche une distance de 40 pieds.

Il réussit péniblement 2 marches d'escaliers avec supervision et main courante.

DONC: M. présente une perte d'autonomie importante avec des signes de compression médullaire affectant le MIG et une irritation traumatique de la coiffe des rotateurs g secondaire à la chute.

Interventions en physio:

Discussion avec le médecin vs signes de compression médullaire. Une consultation en orthopédie pour prescription d'un corset sera organisée.

Mobilisations passives et frictions transverses du sus-épineux gauche. Application d'un TENS et glace à l'épaule g.

Pratique des transferts et des déplacements avec la marchette pour le maintien de l'autonomie.

Enseignement d'exercices actifs aux membres inférieurs à faire au lit.

Ergo avisée que l'épouse de monsieur serait prête à reprendre M. à la maison si certains équipements sont mis en place.

Interventions en ergo:

Lecture du dossier en ergo et prise en charge suite à la visite de la physio. Puisque aucun problème est rapporté au niveau cognitif et que l'épouse de M. est toujours présente, cette partie n'est pas évaluée. Nous regardons seulement aux besoins d'équipements pour le RAD.

Monsieur a une salle de bain à l'étage mais ne l'utilisait pas pour le bain. Discussion avec l'épouse et monsieur: compte tenu des difficultés dans les déplacements, convenons d'utiliser ce bain plutôt que de prendre une douche au sous-sol. L'ajout d'une douche téléphone sera fait par la famille. Pour faciliter les transferts à la salle de bain, une demande de prêt d'équipements est faite au CLSC suite à un contact téléphonique avec l'ergo du CLSC pour un banc de transfert, un siège de toilette surélevé et un cadre de sécurité. M. refuse l'utilisation de la chaise d'aisance au salon ou à la chambre pour diminuer les déplacements.

27-08-2007

Monsieur est soulagé avec la méthadone au niveau lombaire. Une douleur au niveau de l'épaule gauche persiste.

Interventions physio: Mobilisations progressives de l'épaule gauche avec frictions transverses sus-épineux gauche. TENS et glace à l'épaule gauche. Pratique des transferts et des déplacements.

Interventions ergo: Appel au CLSC, les équipements sont prêts et famille peut aller les chercher pour l'installation. Famille avisée.

28-08-2007

Interventions physio:

Amélioration 80% de la dlr a/n de l'épaule G, M. est fonctionnel avec le MSG. Persiste une légère douleur à la fin de l'amplitude articulaire. Par contre, on note une augmentation de la difficulté lors des transferts et des déplacements. L'évaluation démontre une augmentation de la faiblesse au MI G>D (3+/5). Devons utiliser la ceinture de sécurité et la marchette avec aide importante d'une personne. M. a un équilibre très précaire, pied tombant à gauche. Distance parcourue de 10 pieds seulement.

Avisons patient et conjointe de ne pas se déplacer seul car risque de chute important.

Avisons les soins infirmiers de la précarité des transferts et des déplacements.

Rediscutons avec équipe médicale: décadron sera débuté

Ergo avisée des résultats

Interventions ergo:

À cause des capacités fonctionnelles de monsieur, une entente est prise d'utiliser la chaise d'aisance pour éviter le risque de chute et conserver ses forces pour d'autres activités en fauteuil roulant avec son épouse. M. souhaite un RAD +++ le 31-08. Il désire être à la maison pour la visite de ses filles. Il désire encore avoir son suivi médical à l'hôpital lors du congé et non par le md à domicile. Une demande est faite pour le transport adapté. Puisque les demandes sont seulement évaluées le troisième jeudi du mois, un appel téléphonique est fait à la société de transport de l'Outaouais pour une évaluation exceptionnelle et une prise en charge plus rapide.

29-08-2007

Consultation en orthopédie qui prescrit un corset de type Jewitt.
Douleur bien contrôlée a/n de l'épaule et en lombaire

Interventions physio:

Ajustement et enseignement du port du corset en compagnie de l'orthésiste qui s'est déplacé à l'hôpital.

Exercices de maintien de la force aux MI's faits au lit.

30-08-2007

Interventions physio: Monsieur note une diminution de la force au MID. À l'évaluation on note un début de signes de compression médullaire au MID (clonus, hyperreflexie, faiblesse plus importante (3-/5) aux MID et G).

Monsieur réussit les transferts du fr au lit avec le soutien +++ des membres supérieurs et une supervision étroite.

Monsieur fait 4 pas très pénible avec aide de 2 personnes et la marchette: les genoux dérobent ++, pieds tombants bilatéraux.

Enseignement fait au patient et à sa conjointe des mobilisations actives et passives des membres inférieurs au lit. Enseignement fait pour les transferts à la conjointe (PDSB).

Suggestion à l'équipe médicale de relancer la psychologue car M. vit difficilement ses nouvelles pertes de capacités.

Interventions en ergo: Limitons les déplacements. Favorisons les déplacements au fauteuil roulant.

Enseignement de l'auto-propulsion avec MS's et MI's. Conseils donnés à monsieur et son épouse pour un positionnement approprié au lit et au fauteuil. Ajout d'équipements fait: la famille loue une chaise de transfert d'une entreprise privée puisque l'espace est restreint à la maison et achète un urinal. Le CLSC ajoute aux équipements déjà demandés: un fauteuil roulant pour l'extérieur, un lit d'hôpital et une chaise d'aisance. (Puisque le congé peut rapidement avoir lieu et que les équipements prennent de 24 à 48 heures ouvrables pour être prêts, dès qu'il y a une possibilité de congé, les équipements sont demandés. C'est pourquoi dans cette situation, nous avons fait deux demandes d'équipements.) L'ergo du CLSC ira à domicile évaluer le besoin éventuel d'un levier sur rail compte tenu de la progression rapide de la détérioration neurologique. Cette visite sera faite au congé de monsieur.

31-08-2007

Congé de L'USP tel que désiré par monsieur et sa famille.

Deuxième histoire de cas:

Patiente âgée de 48 ans atteinte d'un carcinome pulmonaire de type neuro-endocrinien diagnostiqué en 2006 traité par chimiothérapie mais cessé en juin 2006. Pronostic alors de moins de 6 mois. Madame a des métastases cérébrales, médiastinales, cutanées, hépatiques, cervicales, ganglionnaires et surrénaliennes. Elle a reçu de la radiothérapie pour ses métastases cérébrales le 21 février 2007.

Contexte:

Madame est admise à USP le 11 mai 2007 pour difficultés respiratoires présentes depuis deux semaines. À son arrivée, elle saturait à 78% avec 5 litres d'O₂.

R-X poumons: ne démontre pas d'épanchement pleural, atélectasie probable à la base gauche.

Scan cérébral: multiples métastases cérébrales infra et supra tentorielles et masse tumorale du cuir chevelu frontal.

Conditions associées: MPOC léger, dépression et tentative de suicide dans le passé.

Médication: Combivent, ventolin, duragesic, dilaudid, rivotril, celexa, aldactone, dulcolax, glycerine, senokot, decadron, nexium.

Environnement social et physique:

Mme habite seule dans un HLM avec 6 marches extérieures et une main courante à droite. Mme est divorcée depuis plusieurs années d'un homme violent. Elle a 3 enfants qui habitent la région mais qui ne peuvent pas assurer un support à Mme compte tenu de divers problèmes sociaux. Entre autre sa fille de 20 ans est enceinte et Mme est très inquiète car le conjoint consomme drogue, alcool et a un comportement violent. Madame se déplace avec un déambulateur à domicile. Elle reçoit l'aide du CLSC: suivi nursing, médical, social, aide au bain 2x/sem, aide pour le ménage. De l'ergo du CLSC, Mme a reçu un banc de bain, un siège de toilette surélevé, un cadre de sécurité et un valet de lit. Mme reçoit aussi l'aide de son frère et sa belle-sœur pour les commissions. Elle fait elle-même ses repas puisqu'elle n'aime pas les repas de la popote roulante.

Attentes de Madame: RAD souhaité. Mme n'est pas prête à quitter son logement et selon les intervenants du CLSC, Mme était sécuritaire.

En quelques jours, la condition respiratoire s'améliore. Mme sature à 96% avec 5 litres d'O₂. L'équipe médicale envisage un RAD avec installation d'O₂ à domicile avec un suivi CLSC. À quelques jours du départ Mme s'inquiète de ne pas avoir assez de support familial au RAD.

Le congé est prévu le 17 mai 2007 mais le 15 et le 16 mai, Mme chute avec son déambulateur, secondaire à dérobades des genoux selon elle. Mme s'est cognée la tête en chutant et présente un hématome occipital volumineux. Mme veut RAD+++ malgré tout.

La réadaptation est demandée pour évaluer le risque de chute et assurer qu'un RAD est sécuritaire.

Première visite de l'équipe de réadaptation le 17-05-2007

Lecture du dossier et prise en charge ergo et physio.

Physio: L'évaluation fonctionnelle nous permet de conclure que la supervision serait à maximiser lors des déplacements avec le déambulateur, étant donné le risque de chute secondaire à une faiblesse plus marquée à l'hémicorps D et une fatigabilité importante, un ralentissement psychomoteur, une lenteur a/n des stratégies motrices et une diminution de l'équilibre (Berg 41/56). On note aussi un œdème modéré aux MI's. Conseils au niveau du positionnement fait, installation de bas compressifs et enseignement des exercices circulatoires.

Ergo: On tente d'administrer le MMSE. Madame collabore peu. Elle est plus ou moins intéressée à répondre aux questions par rapport à l'orientation temporelle. Son discours n'est pas toujours cohérent et elle se répète beaucoup. Elle finit par refuser de faire l'évaluation cognitive. Elle démontre un bas niveau d'énergie. Mme attribue le tout à de la fatigue accumulée. Elle demande de retourner à sa chambre pour se reposer. Une supervision de la prise des médicaments est recommandée compte tenu de l'état cognitif qui semble atteint. Le bas niveau d'énergie amène un doute que Madame puisse prendre soin de sa personne et de son appartement, seule.

À la lumière de nos évaluations, l'équipe médicale préfère attendre quelques jours pour statuer sur un RAD étant donné le peu de support offert par l'entourage. Mme sera suivie en réadaptation pendant ce temps. La question demeure: Mme peut-elle s'améliorer a/n de l'équilibre, quel est son potentiel de regagner force et endurance compte tenu de la progression de la maladie, des métastases cérébrales? Pouvons nous espérer une amélioration fonctionnelle au niveau physique et cognitif avec un suivi en réadaptation pour que Mme puisse retourner seule de façon sécuritaire à domicile?

22-05-2007

Les soins infirmiers notent des tremblements ++ au niveau des membres inférieurs et des mouvements involontaires au MS D. Selon l'équipe médicale: convulsions partielles.

Interventions ergo:

~~Évaluation à la cuisine: Mme démontre~~ beaucoup de difficulté à s'organiser et planifier les tâches. Par exemple, elle sort le beurre du frigo, le fait fondre puis sort les œufs du frigo pour les mettre dans la poêle. Mme oublie d'éteindre la cuisinière, oublie des tâches à effectuer. Donc déficits cognitifs à la cuisine observés. Mme serait à risque à la maison. On recommande de débrancher la cuisinière et utiliser le micro-onde si RAD. On demande aussi d'avoir des appareils qui se ferment automatiquement tels bouilloire et cafetière.

À l'étage: Madame s'habille seule et fait une toilette partielle seule.

Interventions physio:

On note une légère augmentation de la distance de marche. Mme monte et descend un palier d'escaliers avec la supervision d'une personne.

23-05-2007

Mme est plus hésitante face au RAD. La famille est inquiète par rapport à un éventuel RAD, ils ne peuvent pas assurer une supervision en tout temps. Une rencontre familiale est organisée par la travailleuse sociale de l'équipe.

24-05-2007

Durant sa visite en réadaptation, notons une augmentation des troubles de concentration, une difficulté à effectuer plus d'une tâche à la fois et une diminution de l'équilibre.

Lors de la rencontre familiale avec tous les intervenants incluant la réadaptation, la décision d'un non retour à la maison est prise étant donné que la surveillance requise dépasse ce que la famille et le CLSC peuvent offrir. Il est cependant convenu que Mme pourra avoir des congés temporaires selon la disponibilité de la famille. Il est aussi convenu que la réadaptation sera poursuivie pour maintenir les acquis (pratique de transferts, déplacements, exercices d'équilibre, force, endurance, maintien des acquis pour les soins personnels). Un congé temporaire est entre autre organisé le jour de son anniversaire.

Dans les jours qui suivent son 49^e anniversaire, nous observons une difficulté accrue à se concentrer et à intégrer les consignes et tâches demandées. Madame est de plus en plus confuse.

16-06-2007

La réadaptation est limitée. L'état cognitif de madame se détériore+++ , une augmentation de la confusion, de la somnolence. Assurons un positionnement adéquat sans faire de réadaptation active.

Madame décède le 23-06-2007.

Troisième histoire de cas

Patiente âgée de 50 ans, atteinte d'un néo du sein D diagnostiqué en 2004. Mastectomie partielle, chimiothérapie et radiothérapie. En 2005, récurrence locale du néo du sein D avec mastectomie totale et reconstruction avec prothèse d'expansion en 2006. Métastases pulmonaires, ganglionnaires et osseuses (côtes, sternum et bassin) en mars 2007. Chimiothérapie refusée mais grande progression de la maladie en août 2007 et Mme accepte la chimiothérapie palliative qui devait débuter en septembre 2007.

Contexte:

Mme est admise à USP le 17-09-2007 pour dyspnée ++ au moindre effort, détérioration importante de l'état général depuis 2 semaines. Mme ne s'alimente plus depuis 5 jours. Elle accuse de la douleur au niveau des hanches et gril costal qui par contre est bien soulagée par la morphine.

Le R-X pulmonaire démontre un important épanchement pleural bilatéral D>G avec atélectasie secondaire. Le 18-09-2007, un drain thoracique droit est installé jusqu'au 10-10-2007 où une pleurodèse est effectuée. Durant cette période, il y a une détérioration de son état respiratoire qui se restabilise par la suite. Elle développe une plaie de pression au coccyx. L'équipe médicale convient d'un néo en phase terminal, soins de confort mis en place. Aucun retour à domicile.

Médication: Robinul, morphine, lyrica, remeron, desyrel, stemetil, ativan, maalox, dulcolax, surfak, glycerine, senokot, nexium et decadron.

Environnement social: Mme est mère de 3 enfants: 16 ans qui fréquente une école spécialisée pour troubles d'apprentissage, 13 et 12 ans. Mme est séparée de son mari depuis 7 ans. Ce dernier a la garde légale des enfants depuis la récurrence de la maladie. Mme habite seule mais a un ami depuis 5 ans qui est très présent. Mme a deux sœurs aussi atteintes d'un cancer du sein.

Conditions associées: Anxiété+++ . Mme n'est pas prête à accepter sa condition et elle est très inquiète pour ses enfants. Elle garde l'espoir de pouvoir reprendre du mieux et tenter la chimiothérapie.

La réadaptation est demandée le 09-10-2007 car Mme aimerait se mobiliser d'avantage, augmenter ses forces pour recevoir la chimio et augmenter l'autonomie afin de pouvoir retirer la sonde urinaire.

Première visite le 09-10-2007

Lecture du dossier et prise en charge physio et ergo. À l'évaluation initiale, Mme se plaint de douleur au site du drain thoracique et a/n des fesses (plaie). Mme est aussi très limitée par sa dyspnée à l'effort, bien que beaucoup moins importante. Port de l'O2 malgré saturation acceptable car la sécurise. Mme est très "cachexique", très atrophiee ++. Le patron respiratoire est déficient, très apical et superficiel. On note très peu d'expansion thoracique et une surutilisation de la musculature cervicale lors de la phase inspiratoire. Augmentation du rythme respiratoire. Elle présente une faiblesse importante (4-/5) des 4 membres. Mme est toutefois autonome pour ses transferts et la mobilité au lit avec l'aide des ridelles du lit et un appui important des MS's pour le transfert assis à debout. Mme présente très peu d'endurance et tolérance à l'effort. Elle tient environ 1 min avec appui bilatéral en station debout, réussit à faire quelques pas mais limitée par le drain et la dyspnée. Mme est très anxieuse et appréhende insuffisance respiratoire +++.

Interventions:

Étant donné l'anxiété +++ par rapport à la déficience respiratoire, les interventions débutent progressivement. La réadaptation est aussi limitée par le drain.

Ergo: Pour la plaie au siège, madame ne veut pas le matelas à air alterné habituellement offert. Une plaque de gel est donc installée au lit et au fauteuil. Madame refuse le coussin Roho pour le positionnement au fauteuil puisqu'elle est plus confortable sur le gel. Madame aime bien jouer avec le portable. Il lui est recommandé de s'asseoir au fauteuil pour avoir un positionnement plus approprié et éviter douleur aux épaules surtout à la D. Pour faciliter la respiration, la tête de lit est élevée à 45 degrés.

Physio: Exercices de respiration diaphragmatique, techniques d'inhibition du système sympathique, techniques de RRRI (relaxation et rééducation respiratoire intégrée). Enseignement des techniques au conjoint et à une amie. Techniques de tissus mous diaphragme et musculature accessoire de la respiration. Puisque Madame est très anxieuse et veut avoir le moins d'intervenants possible, il est donc décidé que la physio fera les techniques de relaxation avec Mme plutôt que l'ergo. Après les interventions, Mme est moins anxieuse, rythme respiratoire plus lent et meilleure saturation.

11-10-2007

Le drain thoracique a été enlevé le 10-10-2007. Mme se déplace un peu plus et aurait fait une chute, compte tenu de la faiblesse aux MI's.

Interventions physio:

Évaluation de l'équilibre: Berg 43/56. Équilibre limité par la faiblesse, diminution de l'endurance, marche de façon très craintive, fait des petits pas très lents, augmentation de la base d'appui et s'appuie sur les meubles. Enseignement de la marche avec marchette roues/skis: les déplacements sont beaucoup plus sécuritaires. Mme peut ainsi faire des courtes distances de 15-20 pieds de façon autonome. Borg 8/10 mais pas de dyspnée. Retravajillons les techniques respiratoires.

Interventions ergo:

Suivi sur confort, Madame a accepté le matelas Nimbus mais conserve la plaque de gel pour le fauteuil et utilise aussi la plaque de gel occasionnellement au lit. Enseignement de la relaxation par la visualisation. Discussion avec le conjoint de Mme sur les techniques de conservation d'énergie.

12-10-2007

La sonde urinaire est enlevée ce jour. Se déplace pour la toilette. Mme aime faire les exercices respiratoires.

Contrôle davantage son anxiété.

Interventions physio: L'O₂ est enlevé pour marcher avec la marchette 140 pieds avec supervision. Borg de 7/10.

Techniques respiratoires.

Interventions ergo: Chaise d'aisance installée par-dessus la toilette pour agir comme siège de toilette surélevé avec appui-bras. Ceci facilite le transfert et conserve l'énergie de Mme.

Dans les jours suivants, Mme présente périodes d'insomnie suivies de somnolence importante durant la journée secondaire à la médication.

19-10-2007

Mme se déplace encore seule pour les transferts à la toilette. Elle est très somnolente et le risque de chute augmente. Suggérons déplacements accompagnés en tout temps. L'ajout d'une chaise d'aisance à côté du lit est suggéré pour conserver l'autonomie de Mme et sa dignité. Pour sortir de la chambre et profiter de l'extérieur, Mme utilise le fauteuil roulant qui est poussé par un des siens pour conserver l'énergie.

24-10-2007

Progression de l'asthénie, Mme fait sa toilette mais s'épuise ++++. Se fatigue très rapidement. Elle préfère cesser les exercices en physio. Contrôle bien sa respiration avec les exercices. La chaise d'aisance est suggérée en tout temps avec aide et supervision. Madame sera revue au besoin à la demande de celle-ci.

Se détériore graduellement dans les semaines qui suivent, augmentation de la dyspnée, augmentation des râles et encombrement pulmonaire, augmentation de la somnolence, périodes de confusion, ne se mobilise plus à l'extérieur du lit.

Semaine du 19-11-2007, à la demande de Mme, elle est revue pour contrôle de la dyspnée et des râles importants. Mme présente une respiration très superficielle, très apicale. Beaucoup de sécrétions bronchiques, toux non efficace.

Interventions physio: Techniques d'inhibition du système sympathique et techniques de RRRI, expectorations +++ . Enseignement du Huffing.

Mme respire plus profondément, diminution de la tension musculaire et diminution de l'encombrement bronchique.

28-11-2007 et 29-11-2007

Mme est très souffrante, dyspnéique, embarrassée+++ par sécrétions, toux et huffing non efficaces puisque Mme est trop faible. Détérioration respiratoire ++. Avec les techniques de relaxation progressive et la visualisation ainsi que les techniques de RRRI, Mme respire plus calmement, se dit plus relaxe et s'endort lors des interventions.

Mme décède le 29-11-2007.

Période de questions

Références bibliographiques :

Bourdeau, Gisèle, pht. La physiothérapie en soins palliatifs :paradoxe ou nécessité. Bulletin du Réseau de soins palliatifs du Québec, Volume 12, no 2-juin 2004

McDonald N, Oxford Textbook of Palliative Medecine, Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Tens)

McDonald N., Cancer Rehab and Palliative Care, Cancer Rehab, Montréal, Janvier 21-23,2000.

Deschatelets, Pauline, Inf.B.Sc.M.Éd. Soins Palliatifs. Formation donnée CSSS Gatineau, 2005

Tremblay Benoit, Inhalothérapeute, Formateur consultant, Introduction à la relaxation et rééducation respiratoire intégrée (RRRI).Formation donnée CSSS Gatineau, nov.2007

Verville, Dominique, pht. Cahier des techniques d'hygiène bronchique.Formation donnée CSSS Gatineau, nov.2007

Références bibliographiques :

Beauchemin, Danielle, pht, B.Cross, Pauline pht. Le traitement de l'adulte hémiparalysé en physiothérapie :Les approches neurodéveloppementales et les nouvelles tendances. Activité de formation continue pour phts prévue au programme de l'OPPQ., 2005

Martel, Denis, pht. La chute et les troubles de l'équilibre chez la personne âgée. Activité de formation continue pour phts prévue au programme de l'OPPQ., 2007

Gueguen, Anne-Françoise, erg, Bereziat, Marie-Paule, erg. Ergothérapie en soins palliatifs. Ou comment promouvoir l'autonomie de la personne en fin de vie? INFOKara 2002-1 (volume 17), page 20 à23

Association canadienne des ergothérapeutes : Promouvoir l'occupation, une perspective pour l'ergothérapie, ACE, 1997.

Organisation Mondiale de la Santé: Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs, OMS, Genève, 1990.

Adresse électronique pour fin de recherche
www.wikipedia.org
www.caot.ca
www.otworks.com