



HAL
open science

Gestion des symptômes digestifs hauts par les médecins généralistes en soins palliatifs à domicile : évolution de l'outil Palliaclic, recherche de consensus par la méthode Delphi

Maëva Pasturel, Noémie Vandewoestyne

► To cite this version:

Maëva Pasturel, Noémie Vandewoestyne. Gestion des symptômes digestifs hauts par les médecins généralistes en soins palliatifs à domicile : évolution de l'outil Palliaclic, recherche de consensus par la méthode Delphi. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04260850

HAL Id: dumas-04260850

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04260850v1>

Submitted on 26 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année : 2023

**GESTION DES SYMPTÔMES DIGESTIFS HAUTS PAR LES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE :
ÉVOLUTION DE L'OUTIL PALLIACLIC, RECHERCHE DE
CONSENSUS PAR LA MÉTHODE DELPHI**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 19/10/2023

Par Mme Maëva PASTUREL

et

Mme Noémie VANDEWOESTYNE

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

M. le Dr Farouk BENDAMENE

Mme le Dr Sophie ARTRU

M. le Dr Samy CARAT

Mme le Dr Mathilde BOUTEILLER (directrice de thèse)

Mme le Dr Cécile BARBARET (co-directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR



Doyen de la Faculté : Pr Olivier PALOMBI
ANNÉE 2023-2024
ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MÉDECINE

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSALUT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

RÉSUMÉ

Introduction : Devant l'importance des prises en charge palliatives et étant donnée la place centrale du médecin généraliste dans ces soins, il est apparu pertinent de développer en 2019 Palliaclic.com. Cet outil informatique est destiné à aider les médecins généralistes dans leurs prises en charge palliatives à domicile.

Les symptômes digestifs faisant partie des principales plaintes des patients en soins palliatifs, il semblait nécessaire de développer ces sujets sur le site.

Objectif : Ajouter quatre onglets au site Palliaclic concernant les symptômes digestifs hauts : "Nausées et vomissements", "Prise en charge de l'anorexie, de l'amaigrissement, questions de la nutrition et de l'hydratation", "Dysphagie et dysgueusie" et "Thérapeutiques à visée buccale".

Matériel et méthode : La première étape consistait en la réalisation d'une revue narrative de littérature. Puis les pages du site ont été rédigées avant d'être soumises à l'approbation d'un groupe d'experts selon la méthode Delphi. Les questionnaires étaient administrés par voie électronique. Trois tours ont été réalisés.

Résultats : A l'issue des trois tours, 51 des 52 propositions ont reçu un consensus. 11 médecins thésés ont participé à l'étude. Leurs activités étaient variées : médecins généralistes (libéraux, exerçant en établissements de santé (dont HAD) ou en EHPAD), gériatres et médecins pratiquant exclusivement des soins palliatifs.

Discussion : Une proposition n'a pas obtenu de consensus et concernait l'usage des traitements systémiques pour la xérostomie. Plusieurs propositions ont obtenu consensus mais ont fait débat :

- dans "Nausées et vomissements" : l'usage des IPP, la posologie de la corticothérapie, la place des médicaments d'exception, la nutrition artificielle et l'annexe relative à la physiopathologie.
- dans "Prise en charge de l'anorexie, de l'amaigrissement, questions de la nutrition et de l'hydratation" : les compléments nutritionnels oraux et la nutrition artificielle une fois encore.

Conclusion : Cette étude a permis de réaliser quatre nouvelles pages concernant les symptômes digestifs sur le site Palliaclic.com, afin de répondre au mieux aux besoins des médecins généralistes dans leurs prises en charge palliatives à domicile.

Mots clés : soins palliatifs, nausées, vomissements, dysphagie, anorexie, amaigrissement, alimentation, nutrition, traitement par apport liquidien, mucite

**TREATMENT OF UPPER DIGESTIVE SYMPTOMS BY GENERAL
PRACTITIONERS AT HOME IN PALLIATIVE CARE : EVOLUTION OF
PALLIACLIC, DELPHI METHOD**

ABSTRACT

Introduction : Considering the importance of palliative care and the significant role of general practitioners in these cares, it became pertinent in 2019 to develop an informatic tool to help them. That is why Palliaclic.com was created. Its objective is to help general practitioners who are confronted with palliative situations at home.

Since digestive symptoms are among the principal sources of discomfort for patients in palliative care, it seemed necessary to develop this subject on the website.

Objective : Adding four tabs on Palliaclic about digestive symptoms : “Nausea and vomiting”, “Anorexia, weight loss, nutrition and hydration”, “Dysphagia and dysgeusia” and “Oral therapies and cares”.

Material and method : The first step was a narrative literature review. Then, the four tabs were developed before being proposed to a group of experts. A Delphi method was used with online questionnaires. Three rounds were realized.

Results : At the end, 51 out of the 52 proposals obtained a consensus. 11 doctors in medicine participated in this study. The experts had different activities : general practitioners (with ambulatory or hospital exercise), geriatrist or palliative care specialists.

Discussion : One of the proposals did not obtain consensus. It was the one about using systemic drugs to treat dry mouth.

Some proposals obtained consensus but were debated :

- about “Nausea and vomiting” : the use of proton pump inhibitors, dosage of corticoids, artificial nutrition and an annex relative to physiopathology.
- about “Anorexia, weight loss, nutrition and hydration” : oral dietary complements and artificial nutrition once again.

Conclusion : This study made it possible to add four tabs about digestive symptoms on the website Palliaclic.com, in order to be as close as possible to the needs of general practitioners in their palliative cares at home.

Key words : dysphagia, dysgeusia, anorexia, weight loss, nutrition, fluid therapy, nausea, vomiting, mucositis

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Patrick Imbert, pour l'honneur que vous nous faites en présidant notre jury. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail et pour le temps que vous y avez consacré. Veuillez recevoir l'expression de notre respect et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Farouk Bendamene, pour avoir accepté de juger notre travail. Nous vous sommes sincèrement reconnaissantes d'être présent dans ce jury.

A Madame la Docteur Sophie Artru, pour avoir accepté avec tant de spontanéité de juger notre thèse.

A Monsieur le Docteur Samy Carat, pour votre enthousiasme à participer à notre jury et pour vos encouragements.

A Madame la Docteur Mathilde Bouteiller, pour avoir accepté de diriger notre thèse, pour ta disponibilité et ton écoute tout au long de ce travail, pour ton enthousiasme et ta bienveillance. Merci pour tes précieux conseils et ton soutien.

A Madame la Docteur Cécile Barbaret, pour avoir accepté de diriger notre thèse, merci pour tes conseils avisés et ton soutien au cours de ce travail.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à notre thèse : **Heddi Bouti, Jean-Bastien Bouvier, Claire Brunet, Anne Leclers, Karine Liatard, Delphine Nicot, Yann Pascault, Geneviève Prévot, Sophie Rocher et Alain Stemmelen.**

A Madame la Docteur Marie Desesquelles, pour l'aide que tu nous as apportée dans la création de nos pages internet, pour ton soutien et ton intérêt pour notre travail. Merci de nous avoir permis de poursuivre le projet que tu avais initié.

A nos relecteurs attentifs, en français et en anglais, **Lucie et Léo(s).**

Remerciements de Maëva :

A Noémie, merci du fond du cœur d'avoir partagé cette thèse avec moi ! Mais surtout merci pour ces trois années d'internat : grâce à toi je sais faire du vélo avec les pieds attachés (presque sans tomber), des singlettes au roi ou au 8... Bref, les trucs importants de la vie en somme ! Je suis si heureuse que nos chemins se soient croisés puis suivis de si près ("tout comme toi !"). Merci pour ton éternelle bonne humeur et pour nos belles coloc, tu es une amie vraiment incroyable. J'ai hâte de vivre encore pleins d'aventures avec toi !

A ma famille :

A ma maman, merci pour ton soutien sans (aucune) faille depuis le premier jour et en particulier tout au long de mes années de médecine. Merci de toujours donner le meilleur de toi-même (voire plus) avec une douceur et une bienveillance inébranlables.

A mon frère Léo, merci de m'avoir appris que « la vie c'est cool en fait » et d'être un vrai p'tit champion de l'optimisme. Tu es une source de soutien et de bonheur exceptionnelle, même de loin !

A ma cousine Lucie, merci d'avoir été à mes côtés d'une façon si stable et bienveillante à travers les années, merci d'être un pilier aussi solide, un binôme et une partenaire de vie depuis toujours et pour toujours. **A mes cousins**, et en particulier **Guillaume et Baptiste**, pour nos voyages tous moins organisés les uns que les autres avec Lucie et Léo, pour votre comique de répétition sans limite, pour votre bonne humeur. Merci d'avoir toujours une blague à faire pour un remontage de moral à toute épreuve.

A mon papa, pour la rigueur de travail que tu m'as inculquée et pour ton soutien sincère à travers les années.

A mes grands-parents : Papi et Mamie, Grand Maman et Grand Papa, qui m'ont toujours encouragée. **A mes tantes et oncles**.

A Léo : merci pour ta patience et pour le soutien que tu m'apportes au quotidien, merci d'être aussi formidable en toutes circonstances. C'est un véritable bonheur d'improviser la vie à tes côtés et, même si c'est difficile de savoir aujourd'hui ce qu'on fera demain, j'espère qu'on le fera ensemble !

Aux copains formidables que l'internat m'a fait rencontrer :

Amélie, pour nos belles coloc, nos rando et bivouac aux discussions encore plus inarrêtables que nos jambes et pour ton grain de folie. **Esther**, pour tes talents sur Photoshop et ton sens de l'humour que (vraiment) rien n'arrête. **Jeanne**, pour toujours penser qu'on a le temps de rallonger la rando sans partir plus tôt. **Léa et Laetitia**, pour votre bonne humeur contagieuse qui réussit même à ensoleiller les journées pluvieuses d'hiver. **Marco**, pour avoir été un coloc aussi génial et pour m'avoir appris plus de choses que Wikipédia lui-même. **Tous mes incroyables coloc et co-internes** des urgences, d'UPL, de l'UPU et d'endoc qui m'ont redonné le sourire en toutes circonstances et ont rendu chaque jour de cet internat encore plus chouette.

Aux copains de Grenoble et d'Ardèche :

Aux copines de l'athlé, vous avez été ma bouffée d'oxygène pendant ces longues années d'externat, et ce malgré la proximité entre le stade et l'autoroute, c'est dire ! **Fanny**, pour tes petits plats en D4 et nos expériences culinaires et surtout pour être toujours partante pour les pires traquenards. **Alexia**, pour tout ce qu'on a partagé pendant l'externat.

Et à toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, ont fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.

A celles et ceux qui ont participé à ma formation :

A tous les médecins, infirmiers, aides-soignants, assistantes sociales, kiné, secrétaires... que j'ai pu croiser dans mon parcours. **A l'équipe de l'UPU** de Chambéry : Alexia, Brune, Caroline, Flavie, Karine, Louise, Nicolas, Romain, Solène, tous les infirmiers et aide-soignants qui m'ont tant apporté et que j'ai hâte de rejoindre. **A l'équipe d'endocrinologie** de Chambéry. A Lucile, pour ton optimisme à l'épreuve de la pluie, de la neige et des multiples entrées. **A tous les médecins libéraux** qui m'ont accueillie. Aux patients que j'ai rencontrés.

Merci de m'avoir accompagnée avec tant de bienveillance dans mon apprentissage de la médecine.

Remerciements de Noémie :

A Maëva, je te remercie pour tout le travail que tu as pu effectuer dans cet ouvrage (parfois trop), merci de m'avoir rassurée dans mes périodes de doutes, et merci de m'avoir écoutée (notamment me plaindre). Merci pour ces journées de dur labeur qu'elles soient de type vélo-thèse, ski de fond-thèse ou bivouac-thèse, merci pour ces pots de purée de noisettes, pour ces dahl de lentilles et tes courges à foison. Merci pour ta bonne humeur, tes blagues, ton sourire, ta patience (avec mes fautes d'orthographe) et ta force de caractère. Merci d'avoir été ma cointerne et ma coloc' dans le passé, d'être ma co-thésarde ce jour, et surtout d'être mon amie de demain.

MERCI ♥ (alt+3)

A ma famille :

A mes **parents** et **beaux-parents**, maman, papa, Bruno, Catherine, qui m'ont toujours soutenue dans mes études et mes projets.

A mes **frères** et **soeur**, Thibault, Gauthier, Mathilde, à mes magnifiques **belles soeurs**, Mélody et Adriana, à ma **trouspette à roulette** Ambre et mon **p'tit loulou** Sacha et à tous ceux qui suivront .. ;)

A mes formidables **cousins**, Hugo, Mathias, Jeanne, Lison, Marie, Samsam, Manon, Jules, Fanny.

A mes **oncles** et **tantes**, Isabelle et Christophe, Fred et Marion, Franck et Cathy

A mes **grands-parents** : Papa Jo et Gracienne, Mamie Marie, et à tous ceux partis trop tôt (Nanie, Mamie Jeanne, Papi)

A mes copains :

De l'école primaire à la faculté,

De Dunkerque, Lille, à Grenoble

De l'internat, des colocations, des bars, du volley

Merci pour votre soutien et votre amour. Merci de m'accompagner dans la vie. Merci de me permettre d'être qui je suis aujourd'hui.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR	2
RÉSUMÉ	7
ABSTRACT	8
REMERCIEMENTS.....	9
LISTE DES TABLEAUX	15
LISTE DES ABRÉVIATIONS	19
INTRODUCTION.....	20
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	22
I. Méthode Delphi	22
II. Aspects réglementaires.....	22
III. Revue narrative de la littérature	23
IV. Constitution d'un groupe d'experts.....	24
A. Critères d'inclusion.....	24
B. Recrutement	24
V. Réalisation de la maquette des pages internet	25
VI. Conception des questionnaires	25
VII. Administration des questionnaires et analyse des résultats	26
A. Premier tour	26
B. Analyse des résultats.....	27
C. Deuxième et troisième tours	27
RÉSULTATS	28
I. Revue narrative de littérature	28
II. Conception de la maquette du site Palliaclic.com	29
A. Conception des pages	29
B. Plan des pages	30
III. Résultats du premier tour	36
A. Taux de participation.....	36
B. Résultats.....	37
IV. Résultats du deuxième tour.....	53
A. Taux de participation.....	53
B. Résultats.....	53

V.	Résultats du troisième tour.....	64
A.	Taux de participation.....	64
B.	Résultats.....	64
	DISCUSSION.....	70
I.	Concernant la méthode Delphi.....	70
A.	Choix des critères d'obtention d'un consensus.....	70
B.	Groupe d'experts.....	70
C.	Déroulement des questionnaires.....	72
II.	Concernant la revue narrative de littérature.....	73
III.	Concernant les résultats.....	73
A.	Proposition n'ayant pas obtenu de consensus à l'issue des trois tours ...	73
B.	Propositions ayant obtenu un consensus mais ayant fait débat.....	74
C.	Modifications réalisées sur le site après le troisième tour.....	77
IV.	Concernant l'intérêt de la thèse pour les patients.....	78
V.	Concernant l'intérêt de l'exercice libéral de la médecine générale.....	79
	CONCLUSION.....	80
	CONCLUSION GÉNÉRALE.....	81
	BIBLIOGRAPHIE.....	82
	ANNEXES.....	85
	Annexe 1 : Mail de présentation de l'étude.....	85
	Annexe 2 : Sources utilisées pour la rédaction du site (captures d'écran de Palliaclic).....	86
	Annexe 3 : Verbatim.....	91
	Annexe 4 : Capture d'écran du site internet Palliaclic.com.....	111
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	139

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : conditions d'obtention d'un accord entre experts selon la valeur de la médiane et la répartition des cotations selon la HAS	26
Tableau 2 : MeSH terms utilisés pour les recherches	28
Tableau 3 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du premier tour dans le questionnaire Nausées et vomissements	38
Tableau 4 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du premier tour dans le questionnaire Nausées et vomissements	39
Tableau 5 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Nausées et vomissements	40
Tableau 6 : Synthèse des modifications réalisées suite aux commentaires du premier tour pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Nausées et vomissements	41
Tableau 7 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du premier tour dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation	43
Tableau 8 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du premier tour dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation	44
Tableau 9 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation	45
Tableau 10 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation	46
Tableau 11 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du premier tour dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie	47
Tableau 12 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du premier tour dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie	48
Tableau 13 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie	48

Tableau 14 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie.....	49
Tableau 15 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du premier tour dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale	50
Tableau 16 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du premier tour dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale.....	51
Tableau 17 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale.....	51
Tableau 18 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale	53
Tableau 19 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Nausées et vomissements.....	54
Tableau 20 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Nausées et vomissements	55
Tableau 21 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Nausées et vomissements.....	56
Tableau 22 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Nausées et vomissements.....	57
Tableau 23 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation	58
Tableau 24 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation.....	58
Tableau 25 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation	59
Tableau 26 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation	59

Tableau 27 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie.....	60
Tableau 28 : Proposition n'ayant pas obtenu de consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie	61
Tableau 29 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie.....	61
Tableau 30 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour la proposition n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie.....	62
Tableau 31 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale	62
Tableau 32 : Proposition n'ayant pas obtenu de consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale.....	63
Tableau 33 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale	63
Tableau 34 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour la proposition n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale	64
Tableau 35 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du troisième tour dans le questionnaire Nausées et vomissements.....	65
Tableau 36 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du troisième tour, pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Nausées et vomissements.....	66
Tableau 37 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du troisième tour dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation	67
Tableau 38 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du troisième tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation	67
Tableau 39 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du troisième tour dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie.....	68

Tableau 40 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du troisième tour pour les proposition ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie	68
Tableau 41 : Proposition n'ayant pas obtenu de consensus lors du troisième tour dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale.....	69
Tableau 42 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du troisième tour pour la proposition n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale	69

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AntiD2 : antidopaminergiques visant le récepteur D2

Anti5HT3 : inhibiteurs des récepteurs 5HT3 de la sérotonine

AntiH1 : antihistaminiques

BZD : benzodiazépines

CIL : commission de l'informatique et des libertés

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

CNO : compléments nutritionnels oraux

CTC : corticoïdes

DCI : dénomination commune internationale

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

HTIC : hypertension intracrânienne

IPP : inhibiteurs de la pompe à protons

MeSH : medical subject headings

NE : nutrition entérale

NP : nutrition parentérale

OMS : organisation mondiale de la santé

ORL : oto-rhino-laryngologie

RGO : reflux gastro oesophagien

SFAP : société française d'accompagnement et de soins palliatifs

SNG : sonde naso-gastrique

SSR : soins de suite et de réadaptation

INTRODUCTION

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), "les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leur famille, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel." (1)

Les enjeux autour de ces soins dans la société sont croissants, en particulier suite aux lois Leonetti (2005) et Leonetti Claeys (2016) relatives à la fin de vie.

Alors que 81% des patients expriment le souhait de mourir chez eux (2), seuls 24% des décès ont lieu à domicile (3,4) et 13% en EHPAD (4,5). Plusieurs enquêtes soulèvent que les professionnels de santé libéraux, et notamment les médecins généralistes, ont un rôle à jouer pour accompagner les patients en fin de vie (2,4).

Il existe également une volonté politique de "garantir à tous l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement de la fin de vie, dans l'ensemble de nos territoires et dans tous les lieux de vie" avec le 5^e plan national *Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024* (6).

Du fait de l'allongement de la durée de vie et de la prévalence des maladies chroniques, une augmentation du nombre de situations nécessitant une prise en charge palliative à domicile est à prévoir dans les prochaines années (7).

Cependant, ce type de soins est souvent complexe pour les médecins généralistes (8,9) et les difficultés de contrôle des symptômes peuvent conduire à des hospitalisations (10,11).

Dans ce contexte, il est apparu pertinent en 2019 de développer un outil informatique d'aide à la décision adapté aux médecins généralistes en contexte palliatif à domicile : Palliaclic.com (12).

Par ailleurs, les symptômes digestifs sont très fréquents en fin de vie : nausées et vomissements (10 à 70% des patients, avec une prévalence variable selon l'étiologie de la fin de vie (13,14), anorexie (30 à 90% des patients selon les études) (14), amaigrissement (50 à 80% en cas de cancers, 5 à 15% en cas d'insuffisance cardiaque terminale) (15), dysgueusie (20 à 86% des patients atteints de cancers) (16), dysphagie, lésions buccales telles que les aphtes et mucites (85 à 100% des cancers ORL traités par radiothérapie) (17).

Ces sujets ne sont actuellement pas traités sur Palliaclic. C'est pourquoi nous avons réalisé quatre nouveaux onglets à l'issue d'une revue narrative de la littérature :

- Nausées et vomissements
- Prise en charge de l'anorexie, de l'amaigrissement, questions de la nutrition et de l'hydratation
- Dysphagies et dysgueusies
- Thérapeutiques à visée buccale (mucite, sécheresse buccale...)

Chaque item faisait ensuite l'objet d'une recherche de consensus par méthode DELPHI avant publication définitive.

L'objectif de ce travail est donc d'enrichir le contenu de Palliaclic.com et de mettre à disposition des médecins généralistes un outil informatique d'aide à la prise en charge de ces symptômes digestifs à domicile en contexte palliatif.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Méthode Delphi

La méthode Delphi permet une recherche de consensus parmi un groupe d'experts sur un sujet, via l'administration itérative de questionnaires (18). Pour chaque tour de questionnaire, les experts sont invités à donner leur niveau d'accord avec l'item proposé. Ils peuvent, s'ils le souhaitent, commenter la proposition afin qu'elle soit modifiée au tour suivant.

A partir du deuxième tour, l'ensemble du groupe d'experts a accès à tous les commentaires réalisés lors du tour précédent. Ici, trois tours ont été réalisés.

Le protocole de recherche était constitué de plusieurs étapes :

- revue narrative de la littérature
- constitution d'un groupe d'experts
- réalisation de la maquette des pages du site internet
- conception des questionnaires
- administration des questionnaires et analyse des résultats

II. Aspects réglementaires

Avant le lancement de l'étude, une demande a été faite auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) via la Commission de l'Informatique et des Libertés (CIL) de l'Université Grenoble Alpes.

Une "fiche de non opposition" était remplie par chaque expert participant à l'étude.

Une "fiche d'information", validée par le représentant de la CIL, était envoyée par mail avec le premier questionnaire.

III. Revue narrative de la littérature

La revue narrative de la littérature correspond à une analyse documentaire qui “contribue à la mise à jour et à la critique des connaissances sur un sujet donné et a pour objectif de repérer des publications pertinentes. Ce type de revue permet d’avoir une vue générale sur un sujet précis.” (19)

A la différence de la revue systématique de la littérature, cette méthode est basée sur un examen non exhaustif de la littérature avec une question de recherche moins précise (19,20). Elle est donc moins reproductible mais présente l’avantage de permettre d’effectuer des recherches sur un sujet plus large (20).

Ce travail de recherche était centré sur la prise en charge de certains symptômes digestifs en soins palliatifs. Les recherches étaient divisées en quatre parties, en accord avec les administratrices du site Palliaclic :

- Prise en charge des nausées/vomissements
- Prise en charge de l’anorexie, de l’amaigrissement, questions de la nutrition et de l’hydratation
- Prise en charge des dysphagies et dysgueusie
- Thérapeutiques à visée buccale (mucite, sécheresse buccale, ...)

Chacune d’elle a fait l’objet d’une revue narrative de la littérature.

Après avoir défini les MeSH terms appropriés, plusieurs bases de données ont été utilisées :

- Pubmed
- Cochrane Library
- Vidal

- Recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) et de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs)

IV. Constitution d'un groupe d'experts

Les experts étaient sélectionnés parmi le réseau de connaissances des directrices de thèse et des investigatrices en fonction :

- de leur niveau de compétence en soins palliatifs
- et/ou de leur connaissance des particularités liées à leur application en médecine libérale.

A. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecins thésés
- Généralistes (libéraux, coordonnateurs d'EHPAD ou d'hospitalisation à domicile (HAD)), gériatres ou exerçant exclusivement les soins palliatifs (en structure de soins ou en libéral)
- Acceptant de participer à l'étude.

B. Recrutement

Un mail était envoyé à l'ensemble des médecins préalablement sélectionnés. Celui-ci leur présentait l'étude et leur proposait de convenir d'un rendez-vous téléphonique s'ils souhaitaient participer.

Après ce rendez-vous téléphonique, ils recevaient des identifiants de connexion pour le site Palliaclic ainsi qu'une fiche d'information et un formulaire de non opposition à retourner aux investigatrices.

V. Réalisation de la maquette des pages internet

Une fois la revue narrative de littérature réalisée, une première version des quatre pages de Palliaclic a été conçue avec l'outil WordPress.

La mise en page correspondait à celle des pages déjà publiées sur Palliaclic.

Les onglets en cours de réalisation n'étaient pas accessibles au grand public avant obtention du consensus. Un identifiant et un code d'accès personnel permettaient à chaque membre du groupe d'experts de visualiser ces pages.

Avant soumission à l'ensemble de ce groupe pour recherche de consensus par la méthode DELPHI, les pages étaient relues par les directrices de thèse.

VI. Conception des questionnaires

Quatre questionnaires ont ensuite été édités sur la plateforme LIMESURVEY :

- Nausées et vomissements : 15 questions au premier tour
- Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation : 12 questions au premier tour
- Dysphagie et dysgueusie : 8 questions au premier tour
- Thérapeutiques à visée buccale : 17 questions au premier tour

Chaque question portait sur une partie ou sous-partie des différentes pages (à l'exception de la dernière question de chaque questionnaire qui concernait la mise en page globale).

La formulation des questions était la suivante : « Partie * : Entre 1 et 9, à quel point pensez-vous que cette partie soit appropriée pour l'utilisation en médecine générale ? »

Le nombre de questions aux tours suivants dépendait de l'obtention ou non d'un consensus.

VII. Administration des questionnaires et analyse des résultats

A. Premier tour

Les questionnaires étaient administrés par voie électronique. Chaque expert recevait un mail contenant les liens d'accès aux pages non publiées publiquement de Palliaclic et aux questionnaires associés.

Les seuils proposés dans les recommandations de la HAS étaient également rappelés dans le mail (21) et sont reproduits dans le Tableau 1.

Tableau 1 : conditions d'obtention d'un accord entre experts selon la valeur de la médiane et la répartition des cotations selon la HAS

Résultat de la recherche de consensus	Degré d'accord du groupe	Conditions d'obtention	
		Valeur de la médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle
Proposition appropriée	Accord fort	≥ 7	[7-9]
	Accord relatif	≥ 7	[5-9]
Proposition inappropriée	Accord fort	≤ 3	[1-3]
	Accord relatif	≤ 3.5	[1-5]
Proposition incertaine	Indécision	$4 \leq \text{médiane} \leq 6.5$	[1-9]
	Absence de consensus	Toutes les autres situations	

Pour chaque item, les experts étaient invités à évaluer la pertinence sur une échelle allant de 1 (pas du tout approprié) à 9 (totalement approprié).

B. Analyse des résultats

Après chaque tour, les résultats étaient analysés par les investigatrices. La médiane était calculée et la dispersion étudiée.

Chaque proposition était classée comme “appropriée”, “inappropriée” ou “incertaine” en fonction des critères de la HAS (21).

Les commentaires étaient synthétisés et les pages web modifiées en conséquence.

C. Deuxième et troisième tours

Les propositions jugées “incertaines” ou “inappropriées” lors du tour précédent étaient soumises à nouveau aux experts après modification.

Les propositions jugées “appropriées” mais pour lesquelles certains commentaires avaient conduit à faire des modifications du site étaient également soumises à nouveau au jugement des experts.

L'ensemble des commentaires (après anonymisation) était accessible à tous les membres du groupe.

A l'issue du deuxième tour de questionnaire, les commentaires étaient synthétisés, la médiane calculée et la dispersion analysée.

Le troisième tour était administré selon les mêmes modalités que le second.

RÉSULTATS

I. Revue narrative de littérature

Les sources utilisées pour cette revue narrative de littérature étaient en anglais ou en français.

Les recherches ont été effectuées avec les MeSH terms présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : MeSH terms utilisés pour les recherches

	<i>MeSH terms en français</i>	<i>MeSH terms en anglais</i>
Dysphagie	Dysphagie	Dysphagia
Dysgueusie	Dysgueusie	Dysgeusia
Anorexie	Anorexie	Anorexia
Amaigrissement	Amaigrissement	Weight loss
Nutrition	Alimentation Nutrition	Nutrition
Hydratation	Traitement par apport liquidien	Fluid therapy
Nausée	Nausée	Nausea
Vomissement	Vomissement	Vomiting
Thérapeutiques à visée buccale	Mucite Stomatite aphteuse Xérostomie Sialorrhée Candidose buccale Herpes labial	Mucositis Stomatitis, aphthous Xerostomia Sialorrhea Candidiasis, oral Herpes, labialis

Les recherches sur Pubmed et Cochrane Library ont été faites avec les MeSH terms sus-cités associés aux termes “soins palliatifs” ou “palliative care”.

L'ensemble des molécules et posologies employées ont été vérifiées sur la Base de Données Publique du Médicament et le site du Vidal.

Les sites de l'HAS et de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) ont également été consultés pour les recommandations françaises, ainsi que des ouvrages de soins palliatifs (considérés comme “littérature grise”).

Les sources sélectionnées présentaient soit un intérêt direct pour la médecine générale libérale avec applicabilité des thérapeutiques proposées, soit un intérêt informatif pour le médecin généraliste prenant en charge un patient sortant d'hospitalisation (notamment concernant la nutrition artificielle et les médicaments antiémétiques d'exception).

Le nombre de sources retenues par onglets est réparti comme suit :

- Nausées et vomissements : 18 sources
- Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation : 45 sources
- Thérapeutiques à visée buccale : 15 sources
- Dysphagie et dysgueusie : 18 sources

II. Conception de la maquette du site Palliaclic.com

A. Conception des pages

L'ensemble des pages développées au décours de ce travail ont été intégrées dans la partie “Digestif” selon la mise en page utilisée pour les pages déjà en ligne.

Quatre pages correspondant aux quatre thématiques étudiées ont été créées.

B. Plan des pages

Le contenu intégral des pages peut être retrouvé dans l'annexe n°4.

1. Nausées et vomissements

Cette page se découpe en cinq onglets.

- Rechercher et traiter les facteurs favorisants, qui détaille les facteurs digestifs, iatrogènes, liés à une insuffisance d'organe, ioniques et psychologiques ainsi que des pistes de prise en charge en fonction des étiologies.
- Traitements non médicamenteux, qui contient des conseils permettant de favoriser l'alimentation et l'hydratation et évoque quelques thérapies dites "alternatives" (hypnose, relaxation, acupuncture).
- Traitements symptomatiques, qui commence par un tableau rappelant les caractéristiques des nausées et vomissements en fonction de leur étiologie, les mécanismes physiopathologiques sous-jacents et le ou les types d'antiémétiques les plus adaptés à chaque cas.

Chaque famille d'antiémétiques est ensuite détaillée avec ses posologies et ses principaux effets indésirables dans un sous-onglet :

- *Antagonistes dopaminergiques (antiD2)*
- *Antihistaminiques de 1ère génération (antiH1)* (Hors AMM comme antiémétiques)
- *Corticoïdes (CTC)*
- *Benzodiazépines (BZD)*
- *Anticholinergiques : Scopolamine (Scoburen®)*
- *Inhibiteurs de pompe à protons (IPP)*
- *Pour information et sur avis spécialisé : Antagonistes 5HT3 / Anti NK1 / Analogues de la somatostatine*

- *Antagonistes 5HT3* (Médicament d'exception)
 - *Antagonistes NK1* (Médicament d'exception)
 - *Analogues de la somatostatine*
- Gastrostomie et SNG, qui a été publié initialement mais supprimé après le second tour de recherche de consensus par méthode DELPHI.
- Annexe : Physiopathologie des nausées et vomissements, qui reprend de façon plus détaillée que dans l'onglet "traitement médicamenteux" les mécanismes physiopathologiques associés aux nausées et vomissements.
- Sources

2. Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Cette page se découpe en huit onglets.

- Rechercher les facteurs contribuant à la perte de poids, qui rappelle les facteurs à rechercher et traiter (dysfonctions buccales, gustatives, digestives ou entraînant une malabsorption ; douleur, confusion, asthénie, inflammation et troubles endocriniens notamment).
- Prise en charge non médicamenteuse, qui se sépare en deux sous-onglets.
 - *Information claire du patient et de sa famille*, qui rassemble des éléments de discussion et d'information à donner à l'entourage pour faciliter la prise en charge.
 - *Conseils hygiéno-diététiques*, qui se sépare lui-même en deux parties.
 - *Alimentation : recommandations systématiques*, en terme de choix d'aliments, d'enrichissement des repas et de présentation.
 - *Adaptation de l'alimentation aux symptômes*, en particulier en cas de dysgueusie et troubles de l'odorat, de nausées et

vomissements, de douleur buccale, de dysphagie oropharyngée ou oesophagienne et de constipation.

Ce sous-onglet rappelle également l'intérêt de ces conseils en vue d'améliorer la qualité de vie des patients (sans augmenter significativement leur poids cependant).

- Compléments nutritionnels oraux (CNO), qui met en évidence les limites de leurs indications en soins palliatifs : uniquement en cas d'échec de l'enrichissement de l'alimentation et dans le cadre d'une "alimentation plaisir".
- Traitements médicamenteux des symptômes associés, qui donne des pistes concernant les prises en charge de divers symptômes tels que dyspepsie, nausée, satiété précoce et ballonnements, troubles psychiatriques, asthénie ou douleur.
- Traitements médicamenteux orexigènes : corticoïdes, qui propose l'utilisation de la corticothérapie chez les patients ayant une anorexie, tout en rappelant la discordance de la littérature concernant cet usage et les nombreux effets indésirables sur le long terme.
- Nutrition artificielle : à titre informatif, qui rappelle en introduction que la nutrition artificielle nécessite une discussion (pluridisciplinaire et, surtout, avec le patient et son entourage) et est considérée comme un médicament par la loi Leonetti-Claeys (pouvant de ce fait être associée à de "l'obstination déraisonnable"). Cet onglet est séparé en deux sous-onglets, dont le principal objectif est de permettre au médecin généraliste de répondre aux demandes de la famille et de l'aider dans ses discussions avec les spécialistes. Chaque sous onglet détaille les indications éventuelles, les contre-indications et les effets indésirables respectifs de la NE et de la NP.

- *Nutrition entérale (NE)*
- *Nutrition parentérale (NP)*
- Déshydratation, qui rappelle la nécessité de favoriser autant que possible l'hydratation per os par rapport à l'hydratation parentérale et se sépare en deux sous-onglets.
 - *Rechercher les facteurs favorisant la baisse d'hydratation per os*, notamment environnementaux, qui nécessitent parfois d'augmenter les aides à domicile.
 - *Hydratation parentérale*, ne devant pas être systématique en soins palliatifs et nécessitant une discussion en équipe. Cette partie reprend les indications éventuelles, les voies d'abord (en particulier sous-cutanée dans le cadre du domicile), et les effets indésirables.
- Sources

3. Dysphagie et dysgueusie

Cette page se découpe en trois onglets.

- Dysphagie, qui se sépare en deux sous-onglets.
 - *Objectifs de la prise en charge*, rappelant la nécessité de maintenir une "alimentation plaisir" et de diminuer les fausses routes, le risque de dénutrition et les angoisses liées à l'alimentation.
 - *Prise en charge*, rappelant en introduction la nécessité de rechercher une cause mécanique ou iatrogène à cette dysphagie et se séparant ensuite en cinq sous parties.
 - *Prise en charge globale*, intégrant les conditions recommandées avant, pendant et après le repas ainsi que la place des

soignants paramédicaux (orthophonistes et kinésithérapeutes notamment).

- *Si difficultés à la déglutition*, contenant la liste des aliments à favoriser et à éviter.
 - *Si douleur liée à la déglutition*, proposant l'usage de soins locaux anti-inflammatoires, anesthésiques ou à base de sucralfate.
 - *Si obstruction*, proposant l'usage de corticothérapie et donnant, à visée indicative, les traitements à discuter avec les spécialistes.
 - *Nutrition artificielle sur avis spécialisé*, renvoyant à la page "Prise en charge de l'anorexie, de l'amaigrissement, questions de la nutrition et de l'hydratation".
- Dysgueusie, qui rappelle l'importance des soins bucco-dentaires mais également l'absence de traitement médicamenteux efficace à ce jour.
 - Sources

4. Thérapeutiques à visée buccale

Cette page se découpe en cinq onglets.

- Objectifs de la prise en charge, qui rappelle l'importance des soins buccaux pour favoriser l'alimentation, augmenter le confort (respiratoire, algique, lié à la communication) et prévenir les infections.
- Soins de bouche systématiques, qui regroupe les grands principes des soins buccaux et les différents moyens permettant d'humidifier la bouche.

- Selon l'état de la bouche, qui propose une prise en charge spécifique avec des traitements médicamenteux, leurs posologies et fréquences d'administration ainsi que des conseils hygiéno-diététiques et des traitements non médicamenteux adaptés à l'état de la bouche du patient. Cet onglet se sépare en neuf sous-onglets.
 - *Bouche sale*, préconisant de nettoyer et déterger la bouche, lubrifier les lèvres et stimuler la salivation.
 - *Bouche hémorragique*, préconisant d'adapter l'alimentation, de comprimer les saignements, d'éviter le brossage et proposant l'usage d'Acide tranexamique local ou de Lidocaïne adrénalinée.
 - *Bouche sèche*, préconisant principalement d'humidifier et lubrifier ainsi que de faire des bains de bouche au bicarbonate. Une sous-partie concernant les traitements systémiques a initialement été publiée avant d'être retirée à l'issue de la recherche de consensus par méthode DELPHI.
 - *Hypersialie*, proposant l'usage de Scopolamine ou Atropine.
 - *Mucite*, listant les aliments à favoriser et à éviter et reprenant les traitements locaux utilisables.
 - *Aphtes*, séparé en deux sous parties.
 - *1ère intention* : hygiène buccale, antalgiques locaux et bains de bouche antiulcéreux.
 - *2ème intention* : protecteurs et cicatrisants locaux, antiseptiques locaux et anti-inflammatoires locaux.

- *Candidose*, recommandant un traitement uniquement à but curatif (et non prophylactique) à base d'antifongiques locaux ou systémiques selon l'ampleur de la candidose.
- *Herpès labial*, proposant des soins locaux et/ou des antiviraux locaux ou systémiques.
- *Halitose : mauvaise haleine*, préconisant un traitement uniquement en cas de gêne :
 - par des soins locaux et/ou des antibiotiques en cas de surinfections.
 - par des IPP en cas de reflux gastro-oesophagien associé.
- *Perlèche*, proposant l'usage de Ketoconazole local ou d'Acide fusidique en cas d'impétigo associé.
- Annexe : classes thérapeutiques et préparation des bains de bouche, qui reprend sous forme de tableau les différents bains de bouches disponibles en fonction de leurs classes thérapeutiques ainsi que leurs modes de préparation.
- Sources

III. Résultats du premier tour

A. Taux de participation

Avant le premier tour, 12 experts ont été contactés.

A l'issue des deux semaines initialement prévues pour le questionnaire, 6 réponses complètes ont été obtenues, soit un taux de participation de 50% malgré la relance effectuée par mail à une semaine.

Devant le faible nombre de réponses obtenues, nous avons :

- prolongé la durée d'accès aux questionnaires pour une durée totale d'un mois.
- élargi le recrutement des experts à 16 au total.

A l'issue du premier tour, nous avons :

- 10 réponses pour "Nausées et vomissements" et "Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation" (soit un taux de participation de 62%).
- 11 réponses pour "Dysphagie et dysgueusie" et "Thérapeutiques à visée buccale" (soit un taux de participation de 68%).

B. Résultats

Au premier tour, les 4 questionnaires comptaient au total 52 questions réparties comme suit :

- 15 questions pour "Nausées et vomissements"
- 12 questions pour "Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation"
- 8 questions pour "Dysphagie et dysgueusie"
- 17 questions pour "Thérapeutiques à visée buccale".

Au total, 138 commentaires ont été faits, soit une moyenne de 2,7 commentaires par question.

1. Nausées et vomissements

Lors du premier tour, dont les résultats sont présentés dans les Tableaux 3 et 4 :

- 4 propositions sur 15 (soit 27%) ont été considérées comme appropriées, dont 1 avec un niveau d'accord fort selon les critères HAS.
- 11 propositions sur 15 (soit 73%) ont été jugées incertaines et n'ont donc pas obtenu de consensus.
- aucune proposition n'a été jugée inappropriée.

Deux des propositions jugées comme appropriées au premier tour ont fait l'objet de modifications suite aux commentaires et ont donc à nouveau été soumises au second tour.

Tableau 3 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du premier tour dans le questionnaire Nausées et vomissements

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
Rechercher et traiter les facteurs favorisants	9	[6-9]	1,03	6
Traitements non médicamenteux	9	[6-9]	0,93	4
<i>Traitements symptomatiques / Anti D2</i>	8	[7-9]	0,60	4
Mise en page globale	7	[5-9]	1,69	6

Tableau 4 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du premier tour dans le questionnaire Nausées et vomissements

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
Traitements symptomatiques / Choix de l'antiémétique selon l'étiologie	9	[2-9]	2,11	4
Traitements symptomatiques / Anti H1	8	[3-9]	1,79	3
Traitements symptomatiques / CTC	8	[2-9]	2,10	4
Traitements symptomatiques / BZD	8	[1-9]	2,45	4
Traitements symptomatiques / IPP	8	[4-9]	1,95	3
Traitements symptomatiques / Setron	8	[3-9]	2,19	5
Traitements symptomatiques / Antagoniste NK1	8	[3-9]	2,45	4
Traitements symptomatiques / Analogues de la somatostatine	8	[1-9]	2,66	2
Traitements symptomatiques / Scopolamine	8	[1-9]	3,14	4
Gastrostomie et SNG	5	[1-9]	2,68	5
Annexe : Physiopathologie	8	[2-9]	2,76	3

Les Tableaux 5 et 6 présentent la synthèse des modifications effectuées suite aux commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant les propositions du questionnaire Nausées et vomissements, respectivement pour les propositions ayant et n'ayant pas obtenu un consensus lors du premier tour.

Tableau 5 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Nausées et vomissements

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 2ème tour
Rechercher et traiter les facteurs favorisants	<ul style="list-style-type: none"> ● Retrait des "facteurs de risques de nausées : âge et sexe féminin" ● Ajout de l'occlusion comme facteur favorisant avec lien vers la page dédiée du site (en cours de création) ● Désignation de l'anxiété et de l'angoisse comme des diagnostics d'élimination 	Oui
Traitements non médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Traitements symptomatiques /</i> Anti D2	<ul style="list-style-type: none"> ● Diminution de la posologie initiale de chlorpromazine ● Ajout de la contre-indication de la Dompéridone en cas d'occlusion ● Ajout de la mention "très nombreuses interactions médicamenteuses et effets indésirables" concernant la Dompéridone 	Oui
Mise en page globale	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non

Tableau 6 : Synthèse des modifications réalisées suite aux commentaires du premier tour pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Nausées et vomissements

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 2ème tour
<p>Traitements symptomatiques / Choix de l'antiémétique selon l'étiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout de "vomissements fécaloïdes" dans les symptômes de l'occlusion ● Suppression de la ligne "sécrétions abondantes et épaisses" du tableau ● Ajout de précisions concernant la stimulation de la zone gâchette chémoréceptrice (CTZ) ● Ajout d'une phrase d'introduction précisant que les posologies sont indiquées dans les sous-onglets situés sous le tableau ● Ajout de la mention "avis spécialisé souhaitable" pour les médicaments sur ordonnance d'exception 	<p>Oui</p>
<p>Traitements symptomatiques / Anti H1</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout de l'allongement du QT dans les effets indésirables de l'hydroxyzine 	<p>Oui</p>
<p>Traitements symptomatiques / CTC</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout de précisions concernant les voies et horaires d'administration (le matin) ● Remplacement de la Dexaméthasone par la Prednisone ou Prednisolone pour les posologies de référence (du fait de leur usage per os) ● Ajout de la mention : "si voie IV en place et utilisable : possibilité d'utiliser la Dexaméthasone qui a un faible effet minéralocorticoïde" ● Préciser qu'un avis spécialisé est souhaitable ● Retrait de la durée de traitement dans le contexte d'occlusion ou HTIC en soins palliatifs 	<p>Oui</p>
<p>Traitements symptomatiques / BZD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout d'autres benzodiazépines à demi vie courte en plus du Lorazepam (Oxazepam et Alprazolam) et précision concernant la possibilité de prendre le traitement de façon systématique ou à la demande en fonction de la situation ● Ajout de "A utiliser seulement après avoir éliminé et traité une autre étiologie des nausées" 	<p>Oui</p>

<i>Traitements symptomatiques / IPP</i>	<ul style="list-style-type: none"> Retrait de la classe médicamenteuse considérée comme n'ayant pas d'effet antiémétique propre et plus adaptée à la page "Occlusion" 	Oui
<i>Traitements symptomatiques / Setron</i>	<ul style="list-style-type: none"> Fusion des 3 sous-onglets en un sous-onglet unique avec mention "Pour information et sur avis spécialisé" Déplacement du sous-onglets en dessous de celui concernant les anticholinergiques Ajout de la constipation dans les effets indésirables des analogues de la somatostatine 	Oui
<i>Traitements symptomatiques / Antagoniste NK1 : Aprepitant</i>		
<i>Traitements symptomatiques / Analogues de la somatostatine</i>		
<i>Traitements symptomatiques / Scopolamine</i>	<ul style="list-style-type: none"> Ajout de précision concernant la posologie des ampoules Ajout de la possibilité de mettre des patchs avec précision de leur absence de remboursement par la Sécurité sociale Précision de la raison de la non association aux prokinétiques (effet antispasmodique) Ajout d'une partie "effets secondaires" 	Oui
Gastrostomie et SNG	<ul style="list-style-type: none"> Suppression de cet onglet en raison de la création de l'onglet "Occlusion" en cours 	Oui
Annexe : Physiopathologie	<ul style="list-style-type: none"> Modification de l'expression "aucun neurotransmetteur" par "pas de neurotransmetteur spécifique" pour les causes centrales Ajout des pathologies génito urinaires aux étiologies viscérales 	Oui

2. Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Lors du premier tour, dont les résultats sont présentés dans les Tableaux 7 et 8 :

- 7 propositions sur 12 (soit 58%) ont été considérées comme appropriées, dont 2 avec un niveau d'accord fort selon les critères HAS.

- 5 propositions sur 12 (soit 42%) ont été jugées incertaines et n'ont donc pas obtenu de consensus.
- aucune proposition n'a été jugée inappropriée.

Deux des propositions jugées comme appropriées au premier tour ont fait l'objet de modifications suite aux commentaires et ont donc à nouveau été soumises au second tour.

Tableau 7 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du premier tour dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
Rechercher les facteurs contribuant à la perte de poids	9	[5-9]	1,29	0
<i>Prise en charge non médicamenteuse</i> / Information du patient et de sa famille	9	[5-9]	1,30	4
<i>Prise en charge non médicamenteuse</i> / <i>Conseils hygiéno-diététiques</i> / Alimentation : recommandations systématiques	9	[6-9]	1,01	2
<i>Prise en charge non médicamenteuse</i> / <i>Conseils hygiéno-diététiques</i> / Adaptation de l'alimentation	8	[7-9]	0,79	2
<i>Déshydratation</i> / Rechercher les facteurs favorisant la baisse d'hydratation per os	9	[5-9]	1,21	1
<i>Déshydratation</i> / Hydratation parentérale	8	[7-9]	0,87	3
Mise en page globale	9	[6-9]	1,17	1

Tableau 8 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du premier tour dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
<i>Prise en charge non médicamenteuse / CNO</i>	8	[3-9]	2,00	4
Traitements médicamenteux des symptômes associés	8	[4-9]	1,96	3
Traitements médicamenteux orexigènes : CTC	9	[2-9]	2,18	2
<i>Alimentation artificielle / NE</i>	7	[4-9]	1,94	5
<i>Alimentation artificielle / NP</i>	7	[1-9]	2,61	3

Les tableaux 9 et 10 présentent la synthèse des modifications effectuées suite aux commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant les propositions du questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation, respectivement pour les propositions ayant et n'ayant pas obtenu un consensus lors du premier tour.

Tableau 9 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 2ème tour
Rechercher les facteurs contribuant à la perte de poids	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Prise en charge non médicamenteuse /</i> Information du patient et de sa famille	<ul style="list-style-type: none"> ● Reformulation par "Anticiper : - la discussion d'arrêt ou de non mise en place d'une hydratation ou d'une alimentation artificielle avec le patient tant qu'il est capable de donner son avis - la pneumopathie d'inhalation et discuter la conduite à tenir : antibiothérapie ou non ?" ● Ajout d'un renvoi à l'onglet "Nutrition artificielle" et "Déshydratation > Hydratation parentérale" concernant les risques de ces dernières 	Oui
<i>Prise en charge non médicamenteuse /</i> <i>Conseils hygiéno-diététiques /</i> Alimentation : recommandations systématiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Prise en charge non médicamenteuse /</i> <i>Conseils hygiéno-diététiques /</i> Adaptation de l'alimentation	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Déshydratation /</i> Rechercher les facteurs favorisant la baisse d'hydratation per os	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout de l'intérêt d'augmenter les aides à domicile pour faciliter l'hydratation 	Non
<i>Déshydratation /</i> Hydratation parentérale	<ul style="list-style-type: none"> ● Précision de l'intérêt d'ajouter du NaCl dans les perfusions de glucosé afin de favoriser l'absorption ● Ajout de "Discussion collégiale souhaitable" au-dessus du tableau 	Oui
Mise en page globale	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non

Tableau 10 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 2ème tour
<i>Prise en charge non médicamenteuse / CNO</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Création d'un onglet spécifique pour les CNO entre "prise en charge non médicamenteuse" et "prise en charge médicamenteuse" ● Précision de leur place en deuxième intention uniquement en cas d'insuffisance de l'enrichissement des repas 	Oui
Traitements médicamenteux des symptômes associés	<ul style="list-style-type: none"> ● Modification de la classe thérapeutique de l'Olanzapine ● Diminution du nombre de médicaments antiémétiques et renvoi vers la page "Nausées, vomissements" ● Retrait du Méthylphénidate 	Oui
Traitements médicamenteux orexigènes : CTC	<ul style="list-style-type: none"> ● Précision concernant la rétrocession hospitalière de la Dexaméthasone ● Modification de la posologie en "équivalent Prednisone" 	Oui
<i>Alimentation artificielle / NE</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout dans le titre "pour info, à réaliser en milieu hospitalier" ● Ajout d'une phrase d'introduction précisant le choix de laisser cet onglet à visée informative et afin de pouvoir faciliter la discussion avec le patient et son entourage ● Ajout de la nécessité de mettre en place les SNG en structures hospitalières ● Ajout de précisions concernant le syndrome de renutrition inapproprié ● Ajout de la phrase "comme tout traitement, elle peut être suspendue ou jugée comme disproportionnée" 	Oui
<i>Alimentation artificielle / NP</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Raccourcissement de l'onglet en raison de l'intérêt moindre pour la pratique ambulatoire ● Ajout dans le titre "pour info, à réaliser en milieu hospitalier" 	Oui

3. Dysphagie et dysgueusie

Lors du premier tour, dont les résultats sont présentés dans les Tableaux 11 et 12 :

- 5 propositions sur 8 (soit 62,5%) ont été considérées comme appropriées, dont 1 avec un niveau d'accord fort selon les critères HAS.
- 3 propositions sur 8 (soit 37,5%) ont été jugées incertaines et n'ont donc pas obtenu de consensus.
- aucune proposition n'a été jugée inappropriée.

Quatre des propositions jugées comme appropriées au premier tour ont fait l'objet de modifications suite aux commentaires et ont donc à nouveau été soumises au second tour.

Tableau 11 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du premier tour dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
<i>Dysphagie / Prise en charge /</i> Prise en charge globale	8	[5-9]	1,38	4
<i>Dysphagie / Prise en charge /</i> Si difficultés à la déglutition	9	[6-9]	1,14	1
<i>Dysphagie / Prise en charge /</i> Si douleur liée à la déglutition	8	[6-9]	1,14	1
<i>Dysphagie / Prise en charge /</i> Si obstruction	8,5	[6-9]	0,95	2
Mise en page globale	8	[7-9]	0,93	1

Tableau 12 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du premier tour dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
<i>Dysphagie / Objectifs de la prise en charge</i>	7	[4-9]	1,74	2
<i>Dysphagie / Prise en charge / Nutrition artificielle</i>	7,5	[2-9]	2,36	6
Dysgueusie	8	[3-9]	1,90	0

Les tableaux 13 et 14 présentent la synthèse des modifications effectuées suite aux commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant les propositions du questionnaire Dysphagie et dysgueusie, respectivement pour les propositions ayant et n'ayant pas obtenu un consensus lors du premier tour.

Tableau 13 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 2ème tour
<i>Dysphagie / Prise en charge / Prise en charge globale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de l'oxygénothérapie comme facteur favorisant la sécheresse buccale • Ajout de la nécessité de rechercher une cause mécanique à la dysphagie 	Oui
<i>Dysphagie / Prise en charge / Si difficultés à la déglutition</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'éviter l'usage des pailles en cas de fausses routes 	Oui
<i>Dysphagie / Prise en charge / Si douleur liée à la déglutition</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de précisions concernant le risque de fausses routes lors de l'utilisation d'anesthésiques locaux 	Oui
<i>Dysphagie / Prise en charge / Si obstruction</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout de l'intérêt de rechercher une mycose oesophagienne • Ajout de la posologie des CTC 	Oui
Mise en page globale	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de modification 	Non

Tableau 14 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 2ème tour
<i>Dysphagie / Objectifs de la prise en charge</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout comme premier objectif de maintenir une "alimentation plaisir" 	Oui
<i>Dysphagie / Prise en charge / Nutrition artificielle</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Suppression du contenu de l'onglet et renvoi vers la page "Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation" 	Oui
Dysgueusie	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de modification (absence de commentaire) 	Oui

4. Thérapeutiques à visée buccale

Lors du premier tour, dont les résultats sont présentés dans les Tableaux 15 et 16 :

- 14 propositions sur 17 (soit 83%) propositions ont été considérées comme appropriées, dont 10 avec un niveau d'accord fort selon les critères HAS.
- 3 propositions sur 17 (soit 17%) ont été jugées incertaines et n'ont donc pas obtenu de consensus.
- aucune proposition n'a été jugée inappropriée.

Quatre des propositions jugées comme appropriées au premier tour ont fait l'objet de modifications suite aux commentaires et ont donc à nouveau été soumises au second tour.

Tableau 15 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du premier tour dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
Objectifs de la prise en charge	8	[5-9]	1,40	2
Soins de bouche systématiques	8,5	[7-9]	0,82	3
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Bouche sale	8	[7-9]	0,67	1
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Bouche hémorragique	8	[7-9]	0,67	0
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Bouche sèche : soins locaux	9	[7-9]	0,69	1
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Hypersialie	8,5	[7-9]	0,82	5
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Mucite	8	[7-9]	0,79	2
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Aphtes : 1ère intention	9	[7-9]	0,71	1
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Aphtes : 2ème intention	9	[7-9]	0,71	2
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Candidose	9	[6-9]	0,97	1
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Herpès	8,5	[6-9]	1,03	2
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Halitose	9	[7-9]	0,71	2
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Perlèche	9	[6-9]	1,06	2
Mise en page globale	9	[7-9]	0,79	1

Tableau 16 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du premier tour dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Bouche sèche : traitements systémiques	8	[3-9]	2,07	2
Annexe : classe thérapeutique - DCI - Nom commercial	8	[3-9]	2,70	1
Annexe : préparation des bains de bouche	8	[3-9]	2,11	2

Les tableaux 17 et 18 présentent la synthèse des modifications effectuées suite aux commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant les propositions du questionnaire Thérapeutiques à visée buccale, respectivement pour les propositions ayant et n'ayant pas obtenu un consensus lors du premier tour.

Tableau 17 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 2ème tour
Objectifs de la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
Soins de bouche systématiques	<ul style="list-style-type: none"> ● Précision de l'utilisation de la glycérine uniquement en l'absence d'oxygénothérapie 	Non
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Bouche sale	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Bouche hémorragique	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non

<i>Selon l'état de la bouche /</i> Bouche sèche : soins locaux	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Hypersialie	<ul style="list-style-type: none"> ● Raccourcissement de la partie concernant la radiothérapie et l'usage de la toxine botulique ● Modification de la posologie de l'Atropine 	Oui
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Mucite	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout de l'Aspirine en bain de bouche. ● Ajout de penser à traiter une éventuelle mycose 	Oui
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Aphtes : 1ère intention	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout de la mention "non remboursé" pour les spécialités concernées 	Non
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Aphtes : 2ème intention	<ul style="list-style-type: none"> ● Précision sur le fait qu'il ne faut pas avaler la Chlorhexidine ● Ajout de la mention "non remboursé" pour les spécialités concernées ● Ajout du diagnostic différentiel d'herpès buccal 	Oui
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Candidose	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Herpès	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout du dosage des comprimés de Valaciclovir 	Non
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Halitose	<ul style="list-style-type: none"> ● Précision de la définition de l'halitose 	Non
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Perlèche	<ul style="list-style-type: none"> ● Précision concernant la durée du traitement 	Oui
Mise en page globale	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non

Tableau 18 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du premier tour pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 2ème tour
Selon l'état de la bouche / Bouche sèche : traitements systémiques	<ul style="list-style-type: none"> • Suppression du Salagen 	Oui
Annexe : classe thérapeutique - DCI - Nom commercial	<ul style="list-style-type: none"> • Fusion des deux tableaux 	Oui
Annexe : préparation des bains de bouche		

IV. Résultats du deuxième tour

A. Taux de participation

Nous avons obtenu 8 réponses par questionnaire soit un taux de participation de 50% parmi les 16 experts du groupe.

B. Résultats

Au second tour, les 4 questionnaires comptaient au total 33 questions réparties comme suit :

- 13 questions pour "Nausées et vomissements"
- 7 questions pour "Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation"
- 7 questions pour "Dysphagie et dysgueusie"
- 6 questions pour "Thérapeutiques à visée buccale"

Au total, 120 commentaires ont été faits, soit une moyenne de 3,6 commentaires par question.

1. Nausées et vomissements

Lors du second tour, dont les résultats sont présentés dans les Tableaux 19 et 20 :

- 8 propositions sur 13 (soit 62%) ont été considérées comme appropriées, dont 2 avec un niveau d'accord fort selon les critères HAS.
- 5 propositions sur 13 (soit 38%) ont été jugées incertaines et n'ont donc pas obtenu de consensus.
- aucune proposition n'a été jugée inappropriée.

Quatre des propositions jugées comme appropriées au second tour ont fait l'objet de modifications suite aux commentaires et ont donc à nouveau été soumises au troisième tour.

Tableau 19 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Nausées et vomissements

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
Rechercher et traiter les facteurs favorisants	9	[7-9]	0,97	3
<i>Traitements symptomatiques /</i> Choix de l'antiémétique selon l'étiologie	8	[6-9]	1,09	3
<i>Traitements symptomatiques /</i> Anti D2	8	[6-8]	0,73	5
<i>Traitements symptomatiques /</i> Anti H1	8	[6-9]	1,20	4
<i>Traitements symptomatiques /</i> CTC	8	[6-9]	0,87	5
<i>Traitements symptomatiques /</i> BZD	8	[7-9]	0,67	5
<i>Traitements symptomatiques /</i> Setron	8	[6-9]	0,88	5
Gastrostomie et SNG	9	[5-9]	1,73	5

Tableau 20 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Nausées et vomissements

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
<i>Traitements symptomatiques / IPP</i>	7	[2-9]	2,69	7
<i>Traitements symptomatiques / Scopolamine</i>	8	[2-9]	2,07	4
<i>Traitements symptomatiques / Antagonistes NK1</i>	7	[3-8]	1,64	7
<i>Traitements symptomatiques / Analogues de la somatostatine</i>	8	[1-8]	2,99	5
Annexe : Physiopathologie	8	[4-9]	1,86	5

Les tableaux 21 et 22 présentent la synthèse des modifications effectuées suite aux commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant les propositions du questionnaire Nausées et vomissements, respectivement pour les propositions ayant et n'ayant pas obtenu un consensus lors du deuxième tour.

Tableau 21 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Nausées et vomissements.

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 3ème tour
Rechercher et traiter les facteurs favorisants	<ul style="list-style-type: none"> ● Précision concernant l'origine psychogène, à considérer comme un diagnostic d'élimination ● Modification des catégories d'étiologies ● Ajout des gastrites et ulcères gastriques dans les étiologies 	Oui
<i>Traitements symptomatiques</i> / Choix de l'antiémétique selon l'étiologie	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Traitements symptomatiques</i> / Anti D2	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout de l'activité antidopaminergique de nombreux neuroleptiques (en particulier l'Olanzapine) 	Oui
<i>Traitements symptomatiques</i> / Anti H1	<ul style="list-style-type: none"> ● Retrait de la Prométhazine 	Non
<i>Traitements symptomatiques</i> / CTC	<ul style="list-style-type: none"> ● Modification des posologie en dose/kg/j ● Ajout de la voie intramusculaire pour la Méthylprednisolone ● Précision concernant le risque de diabète cortico induit 	Oui
<i>Traitements symptomatiques</i> / BZD	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout de traitements en gouttes : Prazepam ou Diazepam 	Oui
<i>Traitements symptomatiques</i> / Setron	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<u>Suppression de l'onglet Gastrostomie et SNG</u>	<ul style="list-style-type: none"> ● Validation de la suppression de l'onglet 	Non

Tableau 22 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Nausées et vomissements

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 3ème tour
Suppression de l'onglet Traitements symptomatiques / IPP	<ul style="list-style-type: none"> Remis en ligne avec la précision "uniquement si occlusion, gastrite ou ulcère. Attention aux surprescriptions fréquentes" 	Oui
Traitements symptomatiques / Scopolamine	<ul style="list-style-type: none"> Remplacement de la Scopolamine Cooper par le Buthylbromure de scopolamine 20 mg 	Oui
Traitements symptomatiques / Antagoniste NK1	<ul style="list-style-type: none"> Pas de modification 	Oui
Traitements symptomatiques / Analogues de la somatostatine	<ul style="list-style-type: none"> Pas de modification 	Oui
Annexe : Physiopathologie	<ul style="list-style-type: none"> Pas de modification 	Oui

2. Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Lors du second tour, dont les résultats sont présentés dans les Tableaux 23 et 24 :

- 4 propositions sur 7 (soit 57%) ont été considérées comme appropriées, dont 3 avec un niveau d'accord fort selon les critères HAS.
- 3 propositions sur 7 (soit 43%) ont été jugées incertaines et n'ont donc pas obtenu de consensus.
- aucune proposition n'a été jugée inappropriée.

Deux des propositions jugées comme appropriées au second tour ont fait l'objet de modifications suite aux commentaires et ont donc à nouveau été soumises au troisième tour.

Tableau 23 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
<i>Prise en charge non médicamenteuse / Information claire du patient et de sa famille</i>	9	[8-9]	0,49	3
<i>Prise en charge non médicamenteuse / CNO</i>	8	[6-9]	1,21	5
<i>Traitements médicamenteux orexigènes / CTC</i>	8	[7-9]	0,64	2
<i>Déshydratation / Hydratation parentérale</i>	8	[7-9]	0,64	4

Tableau 24 : Propositions n'ayant pas obtenu de consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
Traitements médicamenteux des symptômes associés	6,5	[5-8]	1,16	5
<i>Nutrition artificielle / NE</i>	8	[3-9]	2,07	4
<i>Nutrition artificielle / NP</i>	6,5	[1-9]	2,73	5

Les tableaux 25 et 26 présentent la synthèse des modifications effectuées suite aux commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant les propositions du questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation, respectivement pour les propositions ayant et n'ayant pas obtenu un consensus lors du deuxième tour.

Tableau 25 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 3ème tour
<i>Prise en charge non médicamenteuse /</i> Information claire du patient et de sa famille	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Prise en charge non médicamenteuse /</i> CNO	<ul style="list-style-type: none"> ● Précision concernant l'intérêt discutable en fin de vie 	Oui
<i>Traitements médicamenteux orexigènes /</i> CTC	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Déshydratation /</i> Hydratation parentérale	<ul style="list-style-type: none"> ● Précision sur le fait que l'hydratation est un traitement qui peut donc être considéré comme de l'obstination déraisonnable ● Mise en valeur de la nécessité d'une décision en équipe ● Précision concernant le risque d'infection en cas de perfusion au niveau des protections hygiéniques 	Oui

Tableau 26 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour les propositions n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 3ème tour
Traitements médicamenteux des symptômes associés	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout de la mention "absence de médicament ayant prouvé une amélioration de l'asthénie" ● Ajout d'autres traitements antidépresseurs orexigènes ● Retrait des corticoïdes de la ligne "dépression, anxiété, insomnie" 	Oui
<i>Nutrition artificielle /</i> NE	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Oui
<i>Nutrition artificielle /</i> NP	<ul style="list-style-type: none"> ● Précision concernant l'abord sur voie centrale uniquement 	Oui

3. Dysphagie et dysgueusie

Lors du second tour, dont les résultats sont présentés dans les Tableaux 27 et 28 :

- 6 propositions sur 7 (soit 86%) ont été considérées comme appropriées, dont 3 avec un niveau d'accord fort selon les critères HAS.
- 1 proposition sur 7 (soit 14%) a été jugée incertaine et n'a donc pas obtenu de consensus.
- aucune proposition n'a été jugée inappropriée.

Une des propositions jugées comme appropriées au second tour a fait l'objet de modifications suite aux commentaires et a donc à nouveau été soumise au troisième tour.

Tableau 27 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie

Proposition	Médiannexane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
<i>Dysphagie / Objectifs de la prise en charge</i>	8	[6-9]	1,07	2
<i>Dysphagie / Prise en charge / Prise en charge globale</i>	8,5	[6-9]	1,04	3
<i>Dysphagie / Prise en charge / Si difficultés à la déglutition</i>	9	[8-9]	0,35	1
<i>Dysphagie / Prise en charge / Si douleur liée à la déglutition</i>	8,5	[7-9]	0,74	1
<i>Dysphagie / Prise en charge / Si obstruction</i>	8	[7-9]	0,71	1
Dysgueusie	8,5	[5-9]	1,55	3

Tableau 28 : Proposition n'ayant pas obtenu de consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
<i>Dysphagie / Prise en charge / Nutrition artificielle</i>	6,5	[1-9]	2,85	4

Les tableaux 29 et 30 présentent la synthèse des modifications effectuées suite aux commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant les propositions du questionnaire Dysphagie et dysgueusie, respectivement pour les propositions ayant et n'ayant pas obtenu un consensus lors du deuxième tour.

Tableau 29 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 3ème tour
<i>Dysphagie / Objectifs de la prise en charge</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Dysphagie / Prise en charge / Prise en charge globale</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout de faire pencher la tête en avant pour favoriser la déglutition 	Oui
<i>Dysphagie / Prise en charge / Si difficultés à la déglutition</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Dysphagie / Prise en charge / Si douleur liée à la déglutition</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
<i>Dysphagie / Prise en charge / Si obstruction</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non
Dysgueusie	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification 	Non

Tableau 30 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour la proposition n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 3ème tour
Dysphagie / Prise en charge / Nutrition artificielle	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de modification 	Oui

4. Thérapeutiques à visée buccale

Lors du second tour, dont les résultats sont présentés dans les Tableaux 31 et 32 :

- 5 propositions sur 6 (soit 83%) ont été considérées comme appropriées, dont 3 avec un niveau d'accord fort selon les critères HAS.
- 1 proposition sur 6 (soit 17%) a été jugée incertaine et n'a donc pas obtenu de consensus.
- aucune proposition n'a été jugée inappropriée.

Tableau 31 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Hypersialie	8	[7-9]	0,71	2
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Mucite	9	[8-9]	0,52	1
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Aphtes : 2ème intention	8,5	[7-9]	0,74	2
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Perlèche	8	[5-9]	1,39	2
Annexe : DCI - Bains de bouche	8	[6-9]	0,99	2

Tableau 32 : Proposition n'ayant pas obtenu de consensus lors du deuxième tour dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
Selon l'état de la bouche / Bouche sèche : traitements systémiques	6,5	[3-8]	2,14	5

Les tableaux 33 et 34 présentent la synthèse des modifications effectuées suite aux commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant les propositions du questionnaire Thérapeutiques à visée buccale, respectivement pour les propositions ayant et n'ayant pas obtenu un consensus lors du deuxième tour.

Tableau 33 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale

Proposition	Synthèse des commentaires	Soumission au 3ème tour
Selon l'état de la bouche / Hypersialie	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de modification 	Non
Selon l'état de la bouche / Mucite	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de modification 	Non
Selon l'état de la bouche / Aphtes : 2ème intention	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de modification 	Non
Selon l'état de la bouche / Perlèche	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de modification 	Non
Annexe : DCI - Bains de bouche	<ul style="list-style-type: none"> • Retrait de la ligne "antibiotiques" non évoquée dans le texte de l'onglet 	Non

Tableau 34 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du deuxième tour pour la proposition n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale

Proposition	Synthèse des modifications	Soumission au 3ème tour
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Bouche sèche : traitements systémiques	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout du rapport bénéfiques/contraintes souvent défavorable et à réévaluer régulièrement 	Oui

V. Résultats du troisième tour

A. *Taux de participation*

Comme au second tour, nous avons obtenu 7 réponses par questionnaire, correspondant à un taux de participation de 44%.

B. *Résultats*

Au troisième tour, les 4 questionnaires comptaient au total 17 questions réparties comme suit :

- 9 questions pour "Nausées et vomissements"
- 5 questions pour "Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation"
- 2 questions pour "Dysphagie et dysgueusie"
- 1 question pour "Thérapeutiques à visée buccale".

Au total, 42 commentaires ont été faits, soit une moyenne de 2,5 commentaires par question.

1. Nausées et vomissements

Lors du troisième tour, dont les résultats sont présentés dans le Tableau 35 :

- 9 propositions sur 9 (c'est-à-dire la totalité) ont été considérées comme appropriées, dont 6 avec un niveau d'accord fort selon les critères HAS.

- aucune proposition n'a été jugée inappropriée ou incertaine.

Tableau 35 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du troisième tour dans le questionnaire Nausées et vomissements

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
Rechercher et traiter les facteurs favorisants	9	[8-9]	0,38	3
<i>Traitements symptomatiques / Anti D2</i>	8	[8-9]	0,38	1
<i>Traitements symptomatiques / CTC</i>	9	[8-9]	0,53	2
<i>Traitements symptomatiques / BZD</i>	8	[7-9]	0,90	1
<i>Traitements symptomatiques / Scopolamine</i>	8	[8-9]	0,49	1
<i>Traitements symptomatiques / IPP</i>	8	[5-9]	1,27	2
<i>Traitements symptomatiques / Antagoniste NK1 : Aprepitant</i>	8	[7-9]	0,90	1
<i>Traitements symptomatiques / Analogues de la somatostatine</i>	8	[5-9]	1,46	2
Annexe : Physiopathologie	8	[5-9]	1,57	3

Le tableau 36 présente la synthèse des modifications effectuées suite aux commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant les propositions du questionnaire Nausées et vomissements ayant obtenu un consensus lors du troisième tour.

Tableau 36 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du troisième tour, pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Nausées et vomissements

Proposition	Synthèse des modifications
Rechercher et traiter les facteurs favorisants	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification
<i>Traitements symptomatiques</i> / Anti D2	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification
<i>Traitements symptomatiques</i> / CTC	<ul style="list-style-type: none"> ● Retrait de la posologie maximale
<i>Traitements symptomatiques</i> / BZD	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification
<i>Traitements symptomatiques</i> / Scopolamine	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification
<i>Traitements symptomatiques</i> / IPP	<ul style="list-style-type: none"> ● Ajout du Lansoprazole qui est orodispersible
<i>Traitements symptomatiques</i> / Antagoniste NK1 : Aprépitant	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification
<i>Traitements symptomatiques</i> / Analogues de la somatostatine	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification
Annexe : Physiopathologie	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification

2. Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Lors du troisième tour, dont les résultats sont présentés dans le Tableau 37 :

- 5 propositions sur 5 (c'est-à-dire la totalité) ont été considérées comme appropriées et ont obtenu un consensus, dont 2 avec un niveau d'accord fort selon les critères HAS.
- aucune proposition n'a été jugée inappropriée ou incertaine.

Tableau 37 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du troisième tour dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
<i>Prise en charge non médicamenteuse / CNO</i>	8	[5-9]	1,81	4
Traitements médicamenteux des symptômes associés	8	[6-9]	1,07	2
<i>Alimentation artificielle / NE</i>	8,5	[7-9]	0,89	4
<i>Alimentation artificielle / NP</i>	8	[5-9]	1,28	3
<i>Déshydratation / Hydratation parentérale</i>	8	[8-9]	0,53	4

Le tableau 38 ci-dessous présente la synthèse des modifications effectuées suite aux commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant les propositions du questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation ayant obtenu un consensus lors du troisième tour.

Tableau 38 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du troisième tour pour les propositions ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

Proposition	Synthèse des modifications
<i>Prise en charge non médicamenteuse / CNO</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mise en valeur par la typographie de l'importance de l'alimentation plaisir
Traitements médicamenteux des symptômes associés	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification
<i>Alimentation artificielle / NE</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Modification du terme "alimentation artificielle" par "nutrition artificielle"
<i>Alimentation artificielle / NP</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pas de modification
<i>Déshydratation / Hydratation parentérale</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Modification "discussion collégiale" en "discussion en équipe" ● Mise en valeur par la typographie de l'aspect non systématique en soins palliatifs

3. Dysphagie / dysgueusie

Lors du troisième tour, dont les résultats sont présentés dans le Tableau 39 :

- 2 propositions sur 2 (c'est-à-dire la totalité) ont été considérées comme appropriées et ont obtenu un consensus, dont 1 avec un niveau d'accord fort selon les critères HAS.
- aucune proposition n'a été jugée inappropriée ou incertaine.

Tableau 39 : Propositions ayant obtenu un consensus lors du troisième tour dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
<i>Dysphagie / Prise en charge /</i> Prise en charge globale	9	[8-9]	0,52	3
<i>Dysphagie / Prise en charge /</i> Nutrition artificielle	8	[5-9]	1.49	3

Le tableau 40 ci-dessous présente la synthèse des modifications effectuées suite aux commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant la proposition du questionnaire Dysphagie et dysgueusie n'ayant pas obtenu de consensus lors du troisième tour.

Tableau 40 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du troisième tour pour les proposition ayant obtenu un consensus dans le questionnaire Dysphagie et dysgueusie

Proposition	Synthèse des modifications
<i>Dysphagie / Prise en charge /</i> Prise en charge globale	<ul style="list-style-type: none">● Changement de l'ordre de la liste : recherche d'une cause mécanique en premier
<i>Dysphagie / Prise en charge /</i> Nutrition artificielle	<ul style="list-style-type: none">● Pas de modification

4. Thérapeutiques à visée buccale

Lors du troisième tour, dont les résultats sont présentés dans le Tableau 41 :

- aucune proposition n'a été considérée comme appropriée.
- 1 proposition sur 1 (soit 100%) a été jugée incertaine et n'a donc pas obtenu de consensus.
- aucune proposition n'a été jugée inappropriée.

Tableau 41 : Proposition n'ayant pas obtenu de consensus lors du troisième tour dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale

Proposition	Médiane	Répartition des cotations dans l'intervalle	Ecart type	Nombre de commentaires
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Bouche sèche : traitements systémiques	7,5	[4-9]	2	3

Le tableau 42 ci-dessous présente la synthèse des modifications effectuées suite aux commentaires faits par les membres du groupe d'experts, concernant la proposition du questionnaire Thérapeutiques à visée buccale n'ayant pas obtenu de consensus lors du troisième tour.

Tableau 42 : Synthèse des modifications réalisées sur le site Palliaclic à l'issue du troisième tour pour la proposition n'ayant pas obtenu de consensus dans le questionnaire Thérapeutiques à visée buccale

Proposition	Synthèse des modifications
<i>Selon l'état de la bouche /</i> Bouche sèche : traitements systémiques	<ul style="list-style-type: none">• Suppression de la proposition en l'absence de consensus

DISCUSSION

I. Concernant la méthode Delphi

A. *Choix des critères d'obtention d'un consensus*

Afin d'augmenter la validité scientifique de ce travail, les seuils préconisés par la HAS ont été retenus comme conditions d'obtention d'un accord entre experts (21).

B. *Groupe d'experts*

16 experts ont été recrutés initialement avec un profil pertinent :

- 7 médecins généralistes installés en libéral, dont 2 médecins coordonnateurs d'EHPAD, qui sont les principaux destinataires du site Palliaclic et permettent de faire correspondre les prises en charge proposées à ce qui est réalisable à domicile en libéral.
- 2 médecins d'HAD qui sont fréquemment confrontés à des situations de soins palliatifs à domicile et apportent leur expertise.
- 5 médecins pratiquant exclusivement des soins palliatifs dont la pratique est plus spécialisée et dont le niveau d'expertise dans le domaine est précieux, même s'ils n'interviennent pas à domicile.
- 1 gériatre et 1 médecin de SSR

1 médecin a refusé car il ne se sentait pas suffisamment compétent sur la question posée.

5 des médecins contactés n'ont pas donné de réponse.

La diversité des types d'exercices des médecins experts permet un équilibre entre les destinataires principaux du site (les médecins généralistes) et ceux ayant un niveau d'expertise élevé avec un grand nombre de retours sur les différentes pratiques.

Ce groupe est constitué de 5 hommes (soit 31%) et 11 femmes (soit 69%) (sachant qu'actuellement il y a 51% d'hommes et 49% de femmes chez les médecins en France, tous âges et toutes spécialités confondus (22)).

Plusieurs biais sont à prendre en compte concernant ce groupe :

- biais de sélection : les experts étaient recrutés parmi les connaissances des investigatrices et de leurs directrices de thèse, dans les départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie.
- biais d'attrition : seuls 11 médecins ont participé au premier tour (soit un taux de participation de 68%), 8 au second (soit 50% de participation) et 7 au troisième (soit 44% de participation). Malgré le délai d'un mois laissé pour la participation à chaque tour, il est probable que la densité des questionnaires ait découragé certains participants. De plus, plusieurs membres initialement intégrés dans le groupe avaient déjà été sollicités lors des précédentes recherches de consensus du site Palliaclic.com. Une certaine lassitude peut donc être supposée. Si d'autres études similaires sont réalisées, il sera sans doute nécessaire d'élargir le recrutement des experts au niveau régional voire national.

Enfin, la nécessité de se connecter à deux sites différents (Palliaclic pour accéder aux pages non accessibles au public et Limesurvey pour accéder aux questionnaires) induisait un obstacle supplémentaire à la participation des experts.

La HAS recommande d'avoir au minimum 15 experts, ce qui aurait été le cas si l'ensemble des experts recrutés avait pu participer à l'étude. Cependant, cet objectif n'a pas été atteint en raison :

- de l'attrition du groupe au fil des tours (pour les raisons sus-citées).
- de difficultés de recrutement.

Le contexte actuel de surcharge de travail que connaissent les médecins peut en partie également expliquer à la fois l'attrition et les difficultés de recrutement.

C. Déroulement des questionnaires

L'administration des questionnaires en ligne présente plusieurs avantages :

- absence de nécessité de regroupement physique de l'ensemble des experts. Ceci a permis de recruter des experts dans trois départements différents, y compris dans des zones éloignées de centres hospitaliers et dans lesquelles il est particulièrement intéressant d'avoir accès à des ressources en ligne pour pallier aux difficultés d'accès aux spécialistes.
- possibilité de répondre au moment le plus opportun pour chacun. Les questionnaires étaient disponibles un mois afin de limiter l'impact des périodes d'absence inévitables de chaque membre (congrés, formation...).
- anonymisation des commentaires à chaque tour. Ceci rend plus facile pour chaque membre du groupe d'exprimer librement ses opinions et permet aux membres de se soustraire aux effets d'influence inhérents à tout groupe (désignation plus ou moins implicite d'un leader, pression de conformité) (23).

Elle présente également des limites :

- ce mode d'administration a pu favoriser certains "perdus de vue" :
 - risque de ne pas lire l'e-mail en raison du grand nombre de messages reçus quotidiennement.
 - difficultés techniques d'accès au site Palliaclic avec nécessité de créer un compte puis de se rendre sur un second site (LimeSurvey) pour

répondre aux questionnaires qui ont pu décourager les membres moins habitués à ce type d'outils informatiques.

- une discussion "physique" peut s'avérer plus efficace dans la recherche de consensus. Le partage des commentaires de l'ensemble du groupe à chaque tour pallie en partie à cela.

Certains items jugés "appropriés" selon les seuils de l'HAS ont été modifiés au cours de l'étude grâce à la prise en considération des commentaires du groupe. Ces items modifiés étaient systématiquement soumis à nouveau au tour suivant, ce qui augmente la validité scientifique des propositions.

II. Concernant la revue narrative de littérature

La revue narrative a l'avantage de permettre de balayer, en un temps restreint, un large champ de ressources sur plusieurs sujets.

En revanche, ce type de revue est moins exhaustif que la revue systématique et la synthèse qui en émane est donc d'un plus faible niveau de preuve scientifique (19).

Cette méthodologie paraissait pertinente pour ce travail qui traitait quatre problématiques différentes autour des symptômes digestifs.

III. Concernant les résultats

A. Proposition n'ayant pas obtenu de consensus à l'issue des trois tours

Une proposition n'a pas obtenu de consensus. Il s'agit de l'item "Selon l'état de la bouche / Bouche sèche : traitements systémiques" de la page "Thérapeutiques à visée buccale".

Il y avait sur cette question une nette disparité de notes entre les médecins exerçant uniquement les soins palliatifs (notes entre 7 et 9) et les médecins généralistes (dont 3 donnaient toujours une note entre 4 et 5 à l'issue du troisième tour). L'écart-type était à chaque tour supérieur à 1.9, témoignant d'une importante dispersion des notes.

Les commentaires mettaient en avant :

- une absence totale d'utilisation en médecine générale,
- une contrainte d'administration régulière importante pour un bénéfice faible.

Le site Palliaclic.com étant principalement à destination des médecins généralistes libéraux, la décision de supprimer cet item a finalement été prise.

B. Propositions ayant obtenu un consensus mais ayant fait débat

L'hétérogénéité du groupe d'experts (médecins généralistes, spécialistes de soins palliatifs, exerçant en HAD ou en EHPAD) apporte une richesse de débat et une diversité de points de vue qui transparait particulièrement dans les résultats obtenus par plusieurs items, bien que finalement validés.

1. Nausées et vomissements

- Utilisation des IPP : les avis d'experts étaient divisés.
 - Au premier tour, plusieurs commentaires évoquaient leur surprescription, leur intérêt uniquement en cas de gastrite, de pyrosis ou d'occlusion et donc discutaient leur place dans les traitements de première intention des nausées et vomissements liés à d'autres causes.

- Au second tour, la suppression de l'item a donc été proposée. Elle n'a pas été retenue en raison de commentaires relatant l'importance des gastrites et ulcères de stress en fin de vie.
- Au troisième tour, l'item a été réintégré au site avec la mention "uniquement si occlusion, gastrite ou ulcère. Attention aux surprescriptions fréquentes" et a été validé.
- Posologie de la corticothérapie : la posologie de la corticothérapie a fait l'objet de commentaires.
 - Au second tour, deux commentaires proposaient de mettre la posologie en dose-poids plutôt qu'en valeur absolue. Cette suggestion nous paraissant adaptée, nous avons donc adapté l'ensemble des posologies en dose-poids. En revanche, l'une des études ayant utilisé au maximum 16mg/jour de Dexaméthasone en cas de nausées ou vomissements liés à une occlusion ou une hypertension intracrânienne (HTIC) (24) (soit 106mg/jour d'équivalent Prednisone), nous avons proposé une posologie maximale à 100mg/jour d'équivalent Prednisone avec suggestion d'avis spécialisé au-delà.
 - Au troisième tour, cette posologie maximale a été remise en cause. Le Vidal ne faisant effectivement mention d'aucune posologie maximale, nous avons fait le choix de ne laisser que la dose-poids. Il s'agit là d'une modification effectuée après le troisième tour et pour laquelle il n'a pas été réalisé de nouveau questionnaire, ce qui diminue en partie la validité scientifique de l'étude. Ce choix a été fait en raison des sollicitations multiples auxquelles les experts ont été soumis au cours

de la thèse et de la conformité avec l'absence de dose maximale dans le Résumé des Caractéristiques du Produit.

- Place des sétrons, anti NK1 et analogues de la somatostatine : la place de ces thérapeutiques sur un site destiné aux médecins généralistes libéraux a été débattue. Initialement, chaque traitement faisait l'objet d'un onglet spécifique. Ceux-ci ont été regroupés, avec la mention "pour information, sur avis spécialisé", afin de permettre aux médecins généralistes d'avoir une meilleure connaissance de ces traitements avec lesquels les patients peuvent sortir de l'hôpital.
- Sonde nasogastrique et gastrostomie : de la même façon, l'item a été raccourci car considéré comme touchant aux limites des possibilités de maintien à domicile et concernant finalement peu les médecins généralistes.
- Annexe : Physiopathologie des nausées et vomissements : intérêt débattu entre des praticiens y voyant peu d'intérêt pratique et d'autres trouvant le tableau utile à visée informative. Il a donc été choisi de le conserver en annexe pour les professionnels intéressés.

2. Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

- Compléments nutritionnels oraux (CNO) :
 - intérêt débattu dans le contexte de soins palliatifs,
 - commentaires mettant en évidence la faible appétence des patients pour les CNO constatée en pratique,
 - discussion autour du classement comme traitement médicamenteux ou non. Il a donc été choisi de créer un onglet spécifique pour les CNO

entre les prises en charge “non médicamenteuses” et “médicamenteuses”.

- Nutrition artificielle : entérale et parentérale :
 - pour certains, considérée comme ne concernant que peu les médecins généralistes du fait de leur mise en place hospitalière,
 - pour d’autres, item utile à visée informative et pour permettre aux médecins généralistes d’avoir plus d’arguments lors des discussions avec les patients ou les familles sur ce sujet (décision de mise en place ou non d’une nutrition artificielle notamment). C’est pourquoi l’onglet a été conservé mais son contenu réduit afin d’en faciliter la lecture.

C. Modifications réalisées sur le site après le troisième tour

A l’issue du troisième tour, l’ensemble des propositions sauf une étaient validées.

Certains commentaires ont malgré tout conduit à des modifications minimales du site, citées ici par souci de transparence.

1. Nausées et vomissements

- Ajout du LANSOPRAZOLE dans la liste des IPP, qui présente l’avantage d’être orodispersible et, de ce fait, utilisable en cas de troubles de déglutition et dans les SNG.
- Retrait de la posologie maximale de 100mg/j pour la corticothérapie dans les contextes d’occlusion et d’HTIC qui n’était pas issue d’un consensus scientifique. Maintien de la mention “avis spécialisé souhaitable” et de la dose-poids proposée.

2. Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation

- Modification des termes de “discussion collégiale” par “discussion en équipe” pour les questions de nutrition artificielle et d’hydratation, afin de ne pas créer de confusion avec la “procédure collégiale” telle que définie dans le Code de Déontologie médicale dans le cadre de la fin de vie (25).

IV. Concernant l’intérêt de la thèse pour les patients

Les troubles digestifs constituent un sujet essentiel pour les patients en soins palliatifs. En effet, une étude les rapporte comme la première source physique d’inconfort chez les patients hospitalisés en soins palliatifs (64% d’entre eux), devant les troubles cognitifs ou respiratoires et la douleur (présents chez 55 à 56% des patients interrogés) (26).

Les nausées et vomissements sont particulièrement fréquents et concernent 30 à 80% des patients en soins palliatifs en fonction de la pathologie en cause (le plus fréquemment en cas de radiothérapie abdominopelvienne) (27).

Pourtant, la question de la nutrition et de l’hydratation n’apparaissait qu’en 11° place sur 35 lorsque les médecins ont été interrogés sur les items à traiter en priorité sur Palliaclic.com ; les thérapeutiques à visée buccale en 14° place, les nausées et vomissements en 18° et la dysphagie en 26° (12).

Il existe donc une discordance entre la place prédominante de ces symptômes dans le vécu des patients et la place qu’ils occupent dans l’esprit des professionnels de santé, bien loin derrière l’agitation, la dyspnée ou la douleur.

De ce fait, le nombre d’études scientifiques menées sur cette thématique est limité. Pour traiter ces symptômes, de nombreux praticiens se basent sur leur expérience

et la “littérature grise” regorge de conseils relevant plus d’habitudes empiriques que de l’Evidence Based Medicine. Ceci a représenté une difficulté dans nos recherches et peut être considéré comme une limite de l’étude en termes de validité scientifique. Cependant, le fait d’utiliser une méthode de recherche de consensus en interrogeant un groupe d’experts a permis de recueillir à travers les commentaires les méthodes les plus largement utilisées.

Le manque d’études sur le sujet peut aussi s’expliquer par le fait que la réponse médicamenteuse n’est pas forcément la plus adaptée dans ce contexte. De plus, pour certains symptômes, il n’y a que peu de mesures thérapeutiques (médicamenteuses ou non) à entreprendre. C’est en particulier le cas de la dysgueusie sur laquelle nous n’avons trouvé aucun moyen efficace d’agir dans la littérature, ce que nous avons stipulé sur le site Palliaclic.

Ce travail permet une synthèse facilement accessible pour pouvoir répondre rapidement aux demandes voire à la détresse des patients en situations palliative sur des sujets qui apparaissent, pour eux et pour leur entourage, comme prioritaires.

V. Concernant l’intérêt de l’exercice libéral de la médecine générale

Ce travail de synthèse permet une mise à disposition de ressources facilement et gratuitement accessible à tout praticien. Le groupe d’experts était composé de médecins généralistes libéraux, d’HAD et de structures exerçant exclusivement les soins palliatifs. Ceci rend les propositions de prise en charge aussi applicables que possible en médecine générale libérale.

Cette thèse a également contribué à faire connaître le site Palliaclic.com dont le nombre de visites annuelles est passé de 5000 en 2020 à 9930 en 2022. Bien que la tendance de fréquentation semble être plutôt à la baisse en 2023, ces chiffres

montrent le réel intérêt de cet outil et la pertinence de poursuivre l'accroissement de son contenu.

CONCLUSION

Les symptômes digestifs sont une source majeure d'inconfort et d'angoisse pour les patients en soins palliatifs, mais aussi pour leur entourage. Leur prise en charge peut s'avérer complexe, en particulier à domicile.

Ce travail a abouti à la création de quatre nouvelles pages sur le site Palliaclic.com afin d'aider les médecins généralistes à répondre à ces problématiques dans le cadre des soins palliatifs à domicile.

La recherche de consensus par méthode DELPHI a permis, grâce aux commentaires des experts, d'adapter au mieux cet outil aux besoins des médecins généralistes libéraux. Les principaux points de discussion concernaient l'usage des IPP dans les nausées et vomissements, les traitements systémiques de l'hyposialie et l'intérêt de faire apparaître, à titre informatif, les traitements s'apparentant plus à une prise en charge hospitalière (nutrition artificielle en particulier).

Dans les suites, le site Palliaclic.com pourra encore être enrichi concernant d'autres thématiques. Il serait également intéressant d'en évaluer l'impact en analysant les données de connexion afin de connaître les pages les plus consultées.

L'objectif de ce travail, sans se substituer au raisonnement des praticiens, est de leur apporter une aide afin de soulager au mieux l'inconfort des patients et ainsi pouvoir les accompagner plus sereinement.

CONCLUSION GÉNÉRALE

THÈSE SOUTENUE PAR : Noémie VANDEWOESTYNE et Maëva PASTUREL

TITRE :

GESTION DES SYMPTÔMES DIGESTIFS HAUTS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN SOINS PALLIATIFS À DOMICILE : ÉVOLUTION DE L'OUTIL PALLIACLIC. RECHERCHE DE CONSENSUS PAR LA MÉTHODE DELPHI

CONCLUSION :

Alors que la prévalence des maladies chroniques augmente et que 81% des patients expriment le souhait de mourir chez eux, les prises en charge palliatives à domicile prennent une place de plus en plus importante dans le quotidien des médecins généralistes exerçant en ambulatoire. C'est pourquoi l'outil d'aide à la décision médicale Palliaclic.com a été créé en 2019.

La prise en charge des symptômes digestifs hauts n'était pas encore abordée sur le site. Ce travail a donc visé à enrichir le site de quatre pages supplémentaires : "Nausées et vomissements", "Dysphagies et dysgueusie", "Anorexie, amaigrissement, questions de la nutrition et de l'hydratation et "Thérapeutiques à visée buccale".

Pour cela, une revue narrative de littérature a été réalisée, à l'issue de laquelle une recherche de consensus par méthode DELPHI a été faite. A l'issue des trois tours, 51 des 52 propositions ont trouvé consensus. La proposition n'ayant pas trouvé de consensus concernait l'usage des traitements systémiques dans la prise en charge de l'hyposialie. Les items ayant obtenu consensus mais qui ont fait débat concernaient principalement l'usage des inhibiteurs de pompe à protons et la posologie de la corticothérapie en cas de nausées ou vomissements et l'intérêt d'aborder la nutrition artificielle sur un site dédié aux soins ambulatoires.

Cette étude a donc permis d'ajouter quatre pages au site Palliaclic.com et ainsi de mettre à disposition des médecins généralistes un outil d'aide à la prise en charge des symptômes digestifs hauts, le plus adapté possible à leur pratique des soins palliatifs à domicile.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 31/09/23

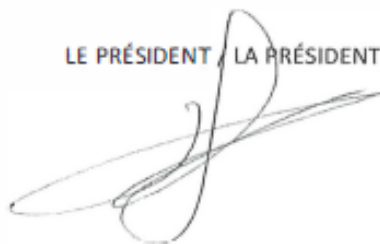
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE



Pr Olivier PALOMBI

Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine
Par délégation
du Président de l'UGA

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY



Pr Rachid HEBERT

BIBLIOGRAPHIE

1. Soins palliatifs [Internet]. [cité 1 févr 2023]. Disponible sur:
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Kraus F, Jussian L, Deffain MA. Enquête de l'Ifop pour la MGEN. :37.
3. vie-publique.fr [Internet]. 2013 [cité 2 févr 2023]. Observatoire national de la fin de vie : rapport 2012 - Vivre la fin de sa vie chez soi. Disponible sur:
<https://www.vie-publique.fr/rapport/33067-observatoire-national-de-la-fin-de-vie- rapport-2012-vivre-la-fin-de>
4. Données nationales et informations Atlas I Fin de vie [Internet]. Parlons Fin de Vie. [cité 24 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/qui-sommes-nous/atlas-des-soins-palliatifs-et-de-la-fin-de-vie-en-france-2e-edition/>
5. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile - Insee Focus - 95 [Internet]. [cité 29 mai 2023]. Disponible sur:
https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763?fbclid=IwAR2FnYyi_3LeklpJm_mbQK1Sw9qZsWJq8jyuu1bK64ifkzmqs_rfkQHYsMM#consulter
6. DGOS_Nathan.P, DGOS_Nathan.P. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 2 févr 2023]. Le plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024. Disponible sur:
<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/article/le-plan-national-developpement-des-soins-palliatifs-et-accompagnement-de-la-fin>
7. Duhamel G, Mejane J, Piron P. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. IGAS. 2017;(2016-064R):86.
8. How well do general practitioners deliver palliative care? A systematic review [Internet]. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: <https://journals-sagepub-com.sid2nomade-1.grenet.fr/doi/epdf/10.1191/0269216302pm573oa>
9. General practitioners (GPs) and palliative care: perceived tasks and barriers in daily practice [Internet]. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: <https://journals-sagepub-com.sid2nomade-1.grenet.fr/doi/epdf/10.1191/0269216305pm937oa>
10. Adam R, Wassell P, Murchie P. Why do patients with cancer access out-of-hours primary care? A retrospective study. Br J Gen Pract. févr 2014;64(619):e99- 104.
11. Gamblin V, Prod'homme C, Lecoeuvre A, Bimbai AM, Luu J, Hazard PA, et al. Home hospitalization for palliative cancer care: factors associated with

- unplanned hospital admissions and death in hospital. *BMC Palliat Care*. 26 janv 2021;20(1):24.
12. Créange J, Desesquelles M. Comment créer un système d'aide à la décision médicale informatique, pour la prise en charge des situations de soins palliatifs à domicile, adapté aux besoins des médecins généralistes isérois? Conception du site Palliaclic. :73.
 13. Vayne-Bossert P, Haywood A, Good P, Khan S, Rickett K, Hardy JR. Corticosteroids for adult patients with advanced cancer who have nausea and vomiting (not related to chemotherapy, radiotherapy, or surgery). Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 3 juill 2017 [cité 22 févr 2022];2020(3). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012002.pub2>
 14. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *J Clin Oncol*. 20 mars 2020;38(9):905- 14.
 15. Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. *Med Clin North Am*. mai 2020;104(3):439- 54.
 16. Sevryugin O. Taste and smell disturbances in cancer patients: a scoping review of available treatments. *Support Care Cancer*. 2021;18.
 17. Manoharan V, Fareed N, Battur H, Khanagar S, Praveena J. Effectiveness of mouthrinses in prevention and treatment of radiation induced mucositis: A systematic review. *J Cancer Res Ther*. 2020;16(8):1.
 18. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exercer* [Internet]. déc 2011 [cité 2 févr 2023];99. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/101916>
 19. Nambiema A, Fouquet J, Guilloteau J, Descatha A. La revue systématique et autres types de revue de la littérature : qu'est-ce que c'est, quand, comment, pourquoi ? *Arch Mal Prof Environ*. 1 oct 2021;82(5):539- 52.
 20. Saracci DC, Mahamat M. Comment rédiger un article -scientifique de type revue narrative de la littérature ? *Rev MÉDICALE SUISSE*. 2019;
 21. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 2 févr 2023]. Recommandations par consensus formalisé (RCF). Disponible sur: <https://www.has->

- sante.fr/jcms/c_272505/fr/recommandations-par-consensus-formalise-rcf
22. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 29 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
 23. Bodart Y. Les phénomènes de groupe. Cah Int Psychol Soc. 2018;Numéro 117-118(1- 2):119- 46.
 24. Glare P, Miller J, Nikolova, Tickoo. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. Clin Interv Aging. sept 2011;243.
 25. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 30 juin 2023]. Article 37-2 - Limitation ou arrêt de traitement. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-37-2-limitation-arret-traitement>
 26. Nguyen DT, Frank-Soltysiak M, Bisson M. Étude des besoins des patients en phase avancée d'une maladie évolutive dans un CHU. Santé Publique. 2001;13(4):339- 47.
 27. Publications thématiques | Société Vaudoise de Médecine (SVM) [Internet]. 2018 [cité 24 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.svmed.ch/association/publications-svm/publications-thematiques/>

ANNEXES

Annexe 1 : Mail de présentation de l'étude

Bonjour,

Nous sommes deux internes en médecine générale. Dans le cadre de notre thèse, nous aimerions enrichir le **site Palliaclic.com** de plusieurs onglets :

- Prise en charge des **dysphagies** et **dysgueusie**
- Prise en charge de l'**anorexie**, de l'**amaigrissement**, questions de la **nutrition** et de l'**hydratation**
- Prise en charge des **nausées/vomissements**
- Thérapeutiques à visée **buccale** (mucite, sécheresse buccale, ...)

Notre travail sera centré sur la prise en charge de ces symptômes chez les patients en soins palliatifs à domicile. L'objectif étant de créer un **outil d'aide à la décision médicale pour les médecins généralistes**.

Pour cela, nous souhaitons appliquer la méthode Delphi et constituer un groupe d'experts pour analyser et valider nos propositions.

Afin que ce groupe soit représentatif de la pratique nous souhaiterions qu'il soit composé de médecins généralistes, de soins palliatifs, d'HAD et de structures de soins.

Il s'agirait de répondre en ligne à 4 questionnaires (environ 20 minutes par questionnaire pour le premier tour et moins pour les suivants) à chaque tour jusqu'à obtenir un consensus (environ 3 tours espacés de quelques mois).

Seriez-vous d'accord pour participer à ce groupe d'experts ?

Si oui, nous pouvons convenir d'un rendez-vous téléphonique afin de vous expliquer les modalités pratiques de réalisation.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire,

Merci d'avance pour votre réponse,

Cordialement

Noémie VANDEWOESTYNE et Maëva PASTUREL, encadrées par Dr Cécile BARBARET et Dr Mathilde BOUTEILLER

Annexe 2 : Sources utilisées pour la rédaction du site (captures d'écran de Palliaclic)

Nausées et vomissements :

▼ Sources

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc [Internet]. avr 1998 [cité 17 juill 2022];28(2):151-5. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
2. Vayne-Bossert P, Haywood A, Good P, Khan S, Rickett K, Hardy JR. Corticosteroids for adult patients with advanced cancer who have nausea and vomiting (not related to chemotherapy, radiotherapy, or surgery). Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 3 juill 2017 [cité 22 févr 2022];2020(3). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012002.pub2>
3. Storrar J, Hitchens M, Platt T, Dorman S. Droperidol for treatment of nausea and vomiting in palliative care patients. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 27 nov 2014 [cité 22 févr 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006938.pub3>
4. Murray-Brown F, Dorman S. Haloperidol for the treatment of nausea and vomiting in palliative care patients. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2 nov 2015 [cité 22 févr 2022];2020(10). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006271.pub3>
5. Cox L, Darvill E, Dorman S. Levomepromazine for nausea and vomiting in palliative care. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2 nov 2015 [cité 22 févr 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009420.pub3>
6. Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. Medical Clinics of North America [Internet]. mai 2020 [cité 29 juin 2022];104(3):439-54. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025712519301506>
7. Leach C. Nausea and vomiting in palliative care. :3.
8. Radio-Induits N. Nausées eNt OvNomissements radio-induits (NVRI). :37.
9. NVCI-MAJ-J2R-DECEMBRE-2017-VF.pdf [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2018/02/NVCI-MAJ-J2R-DECEMBRE-2017-VF.pdf>
10. Sutherland A, Naessens K, Plugge E, Ware L, Head K, Burton MJ, et al. Olanzapine for the prevention and treatment of cancer-related nausea and vomiting in adults. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 21 sept 2018 [cité 22 févr 2022];2018(9). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012555.pub2>
11. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. JCO [Internet]. 20 mars 2020 [cité 22 févr 2022];38(9):905-14. Disponible sur: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.19.00470>
12. Guyer DL, Almhanna K, McKee KY. Palliative care for patients with esophageal cancer: a narrative review. Ann Transl Med [Internet]. sept 2020 [cité 22 févr 2022];8(17):1103-1103. Disponible sur: <http://atm.amegroups.com/article/view/50415/html>
13. Prise en charge des Nausées-Vomissements Chimio-Induits – AFSOS [Internet]. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. [cité 4 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.afsos.org/fiche-referentielle/nausees-vomissements-chimio-induits/>
14. Recommandations Soins palliatifs et accompagnement [Internet]. VIDAL. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/soins-palliatifs-et-accompagnement-1781.htm>
15. Glare P, Miller J, Nikolova, Tickoo. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. CIA [Internet]. sept 2011 [cité 22 févr 2022];243. Disponible sur: <http://www.dovepress.com/treating-nausea-and-vomiting-in-palliative-care-a-review-peer-reviewed-article-CIA>
15. Hirsch G, Dayde MC. Soins palliatifs à domicile – Repères pour la pratique. : Le Coudurier ; 2014. 206 p.
16. Barbaret C, Liatard-Pierrel K, Monier PA. Principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée. 7^e éd. : Sauramps Medical ; 2020. 360 p.

Anorexie, amaigrissement, nutrition, hydratation :

▼ Sources

1. 16.01.20_fact_checking_on_laisse_les_patients_mourir_de_faim_et_de_soif_.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: https://sfap.org/system/files/16.01.20_fact_checking_on_laisse_les_patients_mourir_de_faim_et_de_soif_.pdf
2. CHILDS DS, JATOI A. A hunger for hunger: A review of palliative therapies for cancer-associated anorexia. *Ann Palliat Med.* janv 2019;8(1):50-8.
3. Mochamat, Cuhls H, Marinova M, Kaasa S, Stieber C, Conrad R, et al. A systematic review on the role of vitamins, minerals, proteins, and other supplements for the treatment of cachexia in cancer: a European Palliative Care Research Centre cachexia project. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle.* 2017;8(1):25-39.
4. Bruera E. ABC of palliative care: Anorexia, cachexia, and nutrition. *BMJ.* 8 nov 1997;315(7117):1219-22.
5. Koretz RL, Lipman TO, Klein S. AGA technical review on parenteral nutrition. *Gastroenterology.* oct 2001;121(4):970-1001.
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc.* avr 1998;28(2):151-5.
7. Peixoto da Silva S, Santos JMO, Costa e Silva MP, Gil da Costa RM, Medeiros R. Cancer cachexia and its pathophysiology: links with sarcopenia, anorexia and asthenia. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* juin 2020;11(3):619-35.
8. Del Fabbro E. Current and Future Care of Patients with the Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome. *American Society of Clinical Oncology Educational Book.* mai 2015;(35):e229-37.
9. Burge FI. Dehydration and provision of fluids in palliative care. What is the evidence? *Can Fam Physician.* déc 1996;42:2383-8.
10. Dénutrition_réalimentation-et-cancer_AFSOS.pdf [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2017/12/D%C3%A9nutrition_r%C3%A9alimentation-et-cancer_AFSOS.pdf
11. Sánchez-Sánchez E, Ruano-Álvarez MA, Díaz-Jiménez J, Díaz AJ, Ordóñez FJ. Enteral Nutrition by Nasogastric Tube in Adult Patients under Palliative Care: A Systematic Review. *Nutrients.* 6 mai 2021;13(5):1562.
12. Arends J, Baracos V, Bertz H, Bozzetti F, Calder PC, Deutz NEP, et al. ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clinical Nutrition.* oct 2017;36(5):1187-96.
13. Bischoff SC, Austin P, Boeykens K, Chourdakis M, Cuerda C, Jonkers-Schuitema C, et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. *Clinical Nutrition.* janv 2020;39(1):5-22.
14. Pironi L, Boeykens K, Bozzetti F, Joly F, Klek S, Lal S, et al. ESPEN guideline on home parenteral nutrition. *Clinical Nutrition.* juin 2020;39(6):1645-66.
15. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition.* mai 2021;40(5):2898-913.
16. Sowerbutts AM, Lal S, Sremanakova J, Clamp A, Todd C, Jayson GC, et al. Home parenteral nutrition for people with inoperable malignant bowel obstruction. *Cochrane Gynaecological, Neuro-oncology and Orphan Cancer Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 10 août 2018 [cité 17 juill 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012812.pub2>
17. Fletcher J, Woodham D, Dera M, Cooper SC. Home parenteral nutrition in patients receiving palliative care: a curriculum-based review. *Frontline Gastroenterol.* oct 2019;10(4):421-6.
18. Malec M, Shega JW. Management of Gastrointestinal Symptoms (Nausea, Anorexia and Cachexia, Constipation) in Advanced Illness. *Medical Clinics of North America.* mai 2020;104(3):439-54.
19. Good P, Richard R, Sirmis W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 23 avr 2014;2014(4):CD006273.
20. Good P, Richard R, Sirmis W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted nutrition for adult palliative care patients. *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 23 avr 2014 [cité 17 juill 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006274.pub3>
22. Ruiz Garcia V, López-Briz E, Carbonell Sanchis R, Gonzalez Perales JL, Bort-Martí S. Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 28 mars 2013 [cité 25 janv 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004310.pub3>

23. Garcia VR, López-Briz E, Sanchis RC, Perales JLG, Bort-Martí S. Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013 [cité 31 juill 2022];(3). Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd004310.pub3>
24. Barrado-Martín Y, Hatter L, Moore KJ, Sampson EL, Rait G, Manthorpe J, et al. Nutrition and hydration for people living with dementia near the end of life: A qualitative systematic review. *J Adv Nurs*. févr 2021;77(2):664-80.
25. Hurlow DA. Nutrition and hydration in palliative care. *British Journal of Hospital Medicine*. 2019;80(2):7.
26. Lowey SE. Palliative Care in the Management of Patients with Advanced Heart Failure. In: Islam MdS, éditeur. *Heart Failure: From Research to Clinical Practice* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [cité 25 janv 2022]. p. 295-311. (Advances in Experimental Medicine and Biology; vol. 1067). Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/5584_2017_115
27. Hatano Y, Moroni M, Wilcock A, Quinn S, Csikós Á, Allan SG, et al. Pharmacovigilance in hospice/palliative care: the net immediate and short-term effects of dexamethasone for anorexia. *BMJ Support Palliat Care*. sept 2016;6(3):331-7.
28. Gannavarapu BS, Lau SKM, Carter K, Cannon NA, Gao A, Ahn C, et al. Prevalence and Survival Impact of Pretreatment Cancer-Associated Weight Loss: A Tool for Guiding Early Palliative Care. *J Oncol Pract*. avr 2018;14(4):e238-50.
29. SFAP il-va-mourir-faim-rev2012.pdf.
30. SFAP refus-alimentaire-personne-agee-fin-vie.pdf.
31. Arends J. Struggling with nutrition in patients with advanced cancer: nutrition and nourishment—focusing on metabolism and supportive care. *Annals of Oncology*. févr 2018;29:ii27-34.
32. Fabbro ED, Dalal S, Bruera E. <https://home-liebertpub-com.sid2nomade-1.grenet.fr/jpm>. Mary Ann Liebert, Inc. 2 Madison Avenue Larchmont, NY 10538 USA; 2006 [cité 24 mars 2022]. Symptom Control in Palliative Care—Part II: Cachexia/Anorexia and Fatigue. Disponible sur: <https://www-liebertpub-com.sid2nomade-1.grenet.fr/doi/epdf/10.1089/jpm.2006.9.409>
33. Hui D, Dev R, Bruera E. The last days of life: symptom burden and impact on nutrition and hydration in cancer patients. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*. déc 2015;9(4):346-54.
34. Cotogni P, Stragliotto S, Ossola M, Collo A, Riso S. The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. *Nutrients*. 22 janv 2021;13(2):306.
35. Miller S, McNutt L, McCann MA, McCorry N. Use of Corticosteroids for Anorexia in Palliative Medicine: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*. avr 2014;17(4):482-5.

Dysgueusie, dysphagie :

▼ Sources

Dysgueusie :

1. Lyckholm L, Hedding SP, Parker G, Coyne PJ, Ramakrishnan V, Smith TJ, et al. A Randomized, Placebo Controlled Trial of Oral Zinc for Chemotherapy-Related Taste and Smell Disorders. *J Pain Palliat Care Pharmacother* [Internet]. 22 juin 2012 [cité 22 févr 2022];26(2):111-4. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/15360288.2012.676618>
2. Brisbois TD, de Kock IH, Watanabe SM, Mirhosseini M, Lamoureux DC, Chasen M, et al. Delta-9-tetrahydrocannabinol may palliate altered chemosensory perception in cancer patients: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot trial. *Ann Oncol* [Internet]. sept 2011 [cité 22 févr 2022];22(9):2086-93. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0923753419383607>
3. Kumbargere Nagraj S, George RP, Shetty N, Levenson D, Ferraiolo DM, Shrestha A. Interventions for managing taste disturbances. Cochrane Oral Health Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 20 déc 2017 [cité 22 févr 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010470.pub3>
4. Strasser F, Demmer R, Böhme C, Schmitz SFH, Thuerlimann B, Cerny T, et al. Prevention of Docetaxel- or Paclitaxel-Associated Taste Alterations in Cancer Patients with Oral Glutamine: A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Study. *The Oncologist* [Internet]. 1 mars 2008 [cité 22 févr 2022];13(3):337-46. Disponible sur: <https://academic.oup.com/oncolo/article/13/3/337/6397496>
5. Sevryugin O. Taste and smell disturbances in cancer patients: a scoping review of available treatments. *Support Care Cancer*. 2021;18.

Dysphagie :

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc* [Internet]. avr 1998 [cité 17 juill 2022];28(2):151-5. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
2. *Dénutrition_réalimentation-et-cancer_AFSOS.pdf* [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2017/12/D%C3%A9nutrition_r%C3%A9alimentation-et-cancer_AFSOS.pdf
3. Gonçalves F, Mozes M, Saraiva I, Ramos C. Gastrostomies in palliative care. *Support Care Cancer* [Internet]. nov 2006 [cité 10 août 2022];14(11):1147-51. Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/s00520-006-0045-6>
4. Yang C, Li J, Fu W, Xu W, Yang S. Interventions for dysphagia in oesophageal cancer. Cochrane Gut Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 30 oct 2014 [cité 9 févr 2022];2021(6). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005048.pub4>
5. Morgan AT, Dodrill P, Ward EC. Interventions for oropharyngeal dysphagia in children with neurological impairment. Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 17 oct 2012 [cité 11 mai 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009456.pub2>
6. Blouin N. La dysphagie et les soins palliatifs. :58.
7. Guyer DL, Almhanna K, McKee KY. Palliative care for patients with esophageal cancer: a narrative review. *Ann Transl Med* [Internet]. sept 2020 [cité 22 févr 2022];8(17):1103-1103. Disponible sur: <http://atm.amegroups.com/article/view/50415/html>
8. *Prise en charge des Nausées-Vomissements Chimio-Induits – AFSOS* [Internet]. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support. [cité 4 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/nausees-vomissements-chimio-induits/>
9. *trouble déglutition elsevier masson adulte.pdf*.
10. *troubles-deglutition-sujet-age-situation-palliative.pdf* [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://sfap.org/system/files/troubles-deglutition-sujet-age-situation-palliative.pdf>

Thérapeutiques à visée buccale :

▼ Sources

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc [Internet]. avr 1998 [cité 17 juill 2022];28(2):151-5. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
 2. Antiviraux pour traiter les infections dues aux virus Varicella-Zoster et herpès simplex [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revues/medical-letter/2018/medical-letter-no-1556/antiviraux-pour-traiter-les-infections-dues-aux-virus-varicella-zoster-et-herpes-simplex>
 3. Manoharan V, Fareed N, Battur H, Khanagar S, Praveena J. Effectiveness of mouthrinses in prevention and treatment of radiation induced mucositis: A systematic review. J Can Res Ther [Internet]. 2020 [cité 22 févr 2022];16(8):1. Disponible sur: <http://www.cancerjournal.net/text.asp?2020/16/8/1/263525>
 4. Riley P, Glenny AM, Worthington HV, Littlewood A, Clarkson JE, McCabe MG. Interventions for preventing oral mucositis in patients with cancer receiving treatment: oral cryotherapy. Cochrane Oral Health Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 23 déc 2015 [cité 22 févr 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011552.pub2>
 5. ML_40-22_167.pdf [Internet]. [cité 26 sept 2022]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/view/776409/6147072/ML_40-22_167.pdf
 6. Nadine A, Dominique C, Cyrille C, Romain D. Mucites et candidoses. Association française des soins oncologiques de support (AFSOS). 2015;28.
 7. Mucites-remis-AFSOS-NOVARTIS-2015.pdf [Internet]. [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/12/Mucites-remis-AFSOS-NOVARTIS-2015.pdf>
 8. Kone-Paut I, Barete S, Bodaghi B, Deiva K, Galeotti C, Gaudric J, et al. PNDS Behçet. 2019;69.
 9. Lapeyre M, Charra-Brunaud C, Kaminsky MC, Geoffrois L, Dolivet G, Toussaint B, et al. Prise en charge des mucites après radiothérapie des cancers des voies aérodigestives supérieures. :10.
 10. Baumlin M. La xérostomie : état des lieux et stratégies de prise en charge en médecine générale. 2020.
 11. Van der Poorten T, De Hert M. The sublingual use of atropine in the treatment of clozapine-induced sialorrhea: A systematic review. Clin Case Rep. nov 2019;7(11):2108-13.
 12. The EFNS Task Force on Diagnosis and Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis; Andersen PM, Abrahams S, Borasio GD, de Carvalho M, Chio A, et al. EFNS guidelines on the Clinical Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis (MALS) – revised report of an EFNS task force. European Journal of Neurology. 2012;19(3):360-75.
 13. HIRSCH G, DAYDE MC. Soins palliatifs à domicile – Repères pour la pratique. [lieu inconnu] : Le Coudurier ; 2014. 206 p.
 14. Barbaret C, Liatard-Pierrel K, Monier PA. Principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée. 7^e éd. [lieu inconnu] : Sauramps Medical ; 2020. 360 p.
-

Annexe 3 : Verbatim

Nausées / vomissements :

<p>Rechercher et traiter les facteurs favorisants Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none">• “Je n'ai pas notion des facteurs de risque sexe féminin et age”• “mes remarques en "vrac" : s'agit-il des facteurs favorisants ou plutôt des étiologies ? vous n'évoquer pas l'occlusion je me pose la question de comment ont été classés les items ? par fréquence ? aléatoire ? gravité potentielle ? troubles ioniques à rechercher avant anxiété qui est plutôt un diagnostic d'élimination non ? éviter les abréviations (ISRS) peut être ?”• “lien directe pour la candidose sur thérapeutiques à visée buccale: candidose, pas juste sur la page soins de bouche olanzapine n'est pas un antidépresseur mais un neuroleptique, attention aux effets secondaires”• “j'enlèverais les facteurs de risque de nausée notamment âge / sexe qui n'apportent pas grand chose”• “totalement appropriée à l'utilisation en médecine générale”• “il me semble qu'il faut plus expliciter "facteur favorisant" et quelles solutions possibles pour améliorer les symptômes qu'il entraîne” <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none">• “en effet ok avec le commentaire: il s'agit plutôt d'étiologies, à classer peut être mieux (causes digestives-cause iatrogène-cause psychologique-causes neurologiques...) en effet les causes psy sont en dernier, un diag d'élimination”• “Ajouter toutes les formes de gastrite voire ulcères gastriques qui sont une cause fréquente de vomissements ?”• “facteurs favorisants ou associés ?” <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none">• “Il est question d'un listing des étiologies très utile en MG”• “Adapté - pas de remarques particulières”• “Si on est dans les étiologies, il manque les causes ORL et neurologiques.”
<p>Traitements non médicamenteux Validée au 1er tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none">• “validité de l'acupuncture ?”• “très bien”• “totalement applicable en médecine générale”

<p>Traitements symptomatiques / Choix de l'antiémétique en fonction de l'étiologie Validée au 2e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“vomissements fécaloïdes dans l'occlusion “sécrétions abondantes et épaisses” de quelles sécrétions parle-t-on ? ttt pas scopolamine qui va contribuer à épaissir les sécrétions et donc majorer les symptômes ?”</i> • <i>“Judicieux mais il me semble qu'un avis spécialisé est alors nécessaire”</i> • <i>“bien clair peut être préciser ce que c'est que la stimulation CTZ, ainsi que la stimulation labyrinthique préciser HTIC (hypertension...)”</i> • <i>“La rubrique “traitement antiémétique recommandé” est complexe. Il est important de donner des exemples de traitements surtout lorsque les thérapeutiques ne relèvent pas des prescriptions habituelles du médecin généraliste . certain médicaments sont sur ordonnance d'exception comme ONDANSETRON, APREPITANT, méconnu du médecin généraliste Un avis spécialisé préalable semble nécessaire”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Peut-être un peu complexe en effet mais en même temps, informatif donc intéressant je pense”</i> • <i>“dommage de ne pas mettre toujours les mêmes mots (tantôt sétrons tantôt anti 5HT3) Anti histaminiques pour les nausées induites par opioïdes?”</i> • <i>“Bien mais complexe. Mais il est vrai que de temps en temps ces vomissements sont difficiles à gérer et inconfortables. Il faut donc avoir une vue des armes dont on dispose”</i>
<p>Traitements symptomatiques / anti D2 Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Pertinent mais lecture complexe”</i> • <i>“préciser que métoclopramide CI si inf à 18 ans (et domperidone ?) HBP ? GAFA ? même si on devine, peut être mieux d'éviter les acronymes posologies de chlorpromazine de départ me semblent élevées, risquant d'entraîner une somnolence importante en pratique la dompéridone est aussi CI si occlusion car prokinétique il me semble ? pour la présentation, élargir les colonnes pour éviter les mots coupés si possible”</i> • <i>“pas sûr de l'intérêt de la dompéridone dont la balance bénéfices risques est franchement défavorable”</i> • <i>“Application possible en médecine générale”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“tableau dense mais apporte une aide pratique à la prescription”</i> • <i>“préciser que métoclopramide est contre indiqué si âge inférieur à 18 ans”</i> • <i>“un peu “touffus” - effectivement plus guère d'utilisation du motilium”</i> • <i>“je rajouterai une colonne Olanzapine, très à la mode dans les nausées post chimio, ou préciser qu'en fait tous les neuroleptiques ont cette activité anti D2 PAr ailleurs pour l'association contre indiquée avec la méthadone, il n'y a pas que le Dompéridone...”</i> • <i>“effectivement lecture complexe , mais problème complexe. Enfin beaucoup de choses sont dites et on ne voit pas ce que l'on pourrait ajouter”</i>

	<p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“très complet . Lecture complexe”</i>
<p>Traitements symptomatiques / anti H1 Validée au 2e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“allongement du QT pour l'hydroxyzine dans les EI”</i> • <i>“il est rare de faire des IV à domicile”</i> • <i>“application en médecine générale pour la forme orale L'administration IV paraît plus difficilement applicable en dehors d'une prise en charge en HAD”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“peu utilisé en médecin générale”</i> • <i>“finalement guère d'utilisation en MG balance bénéfique risque peu favorable. Personnellement je n'ai jamais utilisé. (confusion , rétention urinaire...)”</i> • <i>“jamais utilisé la prométhazine”</i> • <i>“Bon personnellement je n'utilise pas cela , balance intérêt inconvénients m'apparaît défavorable. Je ne sais même pas si on dispose encore de l'atarax injectable en ville.”</i>
<p>Traitements symptomatiques / CTC Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“préciser voie d'administration et horaires”</i> • <i>“la voie d'accès n'est pas précisée (uniquement orale ?)”</i> • <i>“pour la même raison : souvent un avis spécialiste auprès de l'onco ou le neuro référent me semble souhaitable pour initier le traitement”</i> • <i>“Voie IV difficilement applicable au cadre de la médecine générale sans prise en charge en HAD, voie SC éventuellement applicable Durée non pertinente dans le contexte d'occlusion digestive en soins palliatif et d'HTIC”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“j'aurais mis en dose/kg/j plutôt, surtout pour l'occlusion et HTIC”</i> • <i>“ok avec commentaire”</i> • <i>“Très utile en particulier dans les tableau occlusif ou subocclusif à titre symptomatique , Peut être utilisé en injectable (IM ou IV) si voie orale impossible (solumedrol 120)”</i> • <i>“Mettre dose plutôt en mg/kg même per os Oui pour cures courtes RAjouter à : si maintenu au long cours (ça arrive dans les HTIC notamment) : attention : rechercher diabète cortico-induit avec dextro midi ou soir (pas matin)”</i> • <i>“incontournable dans les occlusions à =domicile (corticoïdes) Voie plutôt injectable du fait vomissement”</i> <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“je n'avais pas notion du 100mg/j maximum pour l'occlusion; voir même jusqu'à 2-3mg/kg/j?”</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • “INDISPENSABLE”
<p>Traitements symptomatiques / BZD Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “citer d'autres benzo à 1/2 vie courte ? prises "à la demande" ou systématique ? confusion plutôt que délire dans les ES” • “le lorazépam n'existe pas en injectable à domicile (uniquement hospitalier)” • “mais je n'utilise jamais le Temesta. Il me semble que la demi vie du Seresta est plus courte” • “pourquoi un seul exemple de traitement de courte durée?” <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “ok avec commentaire du tour 1” • “Souvent prescrit pour d'autre raisons” • “préciser que lorazepam n'existe pas en injectable à domicile (uniquement hospitalier) est il utile de préciser qu'en cas de perte de la voie orale l'on peut proposer des formes en gouttes type Lysanxia ou Valium ?” • “A domicile on n'a pas tellement de BZP à demi vie courte - midazolam uniquement avec HAD - Même le RIVOTRIL ne nous est pas facilement accessible . Sinon d'accord avec ce qui est dit ci dessus quand les gens peuvent avaler” • “Pas de commentaires cela me va” <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “le Midazolam est dispo en officine tout comme le Rivotril Il n'est question que d'anticipation une boîte urgence pallia au cabinet drogues et pousse seringue”
<p>Traitements symptomatiques / IPP Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Très souvent précis sans utilité. Effets indésirables ioniques” • “ont-ils un effet antiémétique propre ? sinon pour quelle indication ? utilisés dans l'occlusion pour effet antispasmodique et anti sécrétoire et corticottt, intérêt dans NV sur autres causes ? ont-ils leur place dans cette liste des ttt plutôt de première intention des NV ? préciser en combien de prises par jour, hors AMM pour la voie sc” • “on est dans nausées vomissements (pas dans le pyrosis)” <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “indiqué dans occlusion en tout cas” • “les IPP sont suffisamment connus et sur prescrits” • “pas d'accord pour supprimer car gastrite possible en lien avec vomissements ou causes des vomissements...” • “Hors sujet et souvent inutile” • “je ne suis pas sûr que ce soit approprié. Il n'est pas si rare que cela que des vomissements soient

	<p><i>immédiatement calmés par la prise d'IPP sans autres traitements associés. Il y a longtemps, un temps heureusement révolu où l'on faisait des gastroscopie tellement en fin de vie, on constatait des ulcères de stress dans ces moments là qui font juste mal et vomir.”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“moi je mettrais dans vomissements liés à occlusion”</i> • <i>“je pense quand même qu'ils ont leur place. Les ulcères de stress existent en fin de vie même si on ne va pas chercher à les prouver à domicile par une gastroscopie. L'hématémèse est une manière de DCD mais ce n'est pas forcément la plus cool.”</i> <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“IPP ? Une lâcheté du toubib ca sert a quoi ?”</i> • <i>“si vous les rajoutez , mettre lansoprazole car ogat oro = dispersible : plus facile à avaler “</i>
<p>Traitements symptomatiques / setron Validée au 2e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Le coût”</i> • <i>“aidant pour gestion ds NV chimio induits, mais ttt mis en place par les onco en général, je ne me rends pas compte de l'intérêt pour le généraliste”</i> • <i>“deuxième ligne...”</i> • <i>“avis spécialisé nécessaire”</i> • <i>“application difficile en médecine générale sans avis spécialisé prescription sur ordonnance d'exception”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“indications limitées mais intérêt à visée informative je trouve”</i> • <i>“les med gé peuvent pas prescrire des médicaments d'exception?”</i> • <i>“très spécifique... mais intéressant que ce soit noté “</i> • <i>“En fait, les patients ont souvent le médicament à disposition en rentrant de leur chimiothérapie. On n'a pas et svt on ne peut pas le prescrire. Il est bien tout de même de connaître les posologie et protocole d'utilisation pour gérer au mieux la surveillance et les profils de tolérances”</i> • <i>“Bon de toute façon il faudra travailler en lien avec l'hôpital car à domicile nous n'y avons pas accès”</i>
<p>Traitements symptomatiques / Antagoniste NK1 Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“préciser les indications même remarque que les sétrons mais à laisser pour info peut être ?”</i> • <i>“je ne connais pas du tout”</i> • <i>“Utilisé seulement par les prescripteurs de chimio donc pas d'intérêt en med G sauf pour dire que ça constipe éventuellement”</i> • <i>“application difficile en médecine générale sans avis spécialisé prescription sur ordonnance d'exception”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“idem; à visée informative”</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“connaissance que ça existe pour pouvoir en discuter avec l'onco au minimum paraît donc adapté de le garder“</i> • <i>“Pas dans ma pharmacopée”</i> • <i>“ok avec précision de demande d'avis spé “</i> • <i>“idem à connaître même si on ne le prescrit pas.”</i> • <i>“pour connaître ce qui est fait peut être préciser 'pour information et sur avis spécialisé”</i> • <i>“La encore prescription hospitalière nécessaire, au moins initiale.”</i> <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“très utile Mais en co-prescription échange avec l'onco”</i>
<p>Traitements symptomatiques / Scopolamine Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“préciser le volume des ampoules ? il est noté qu'il est remboursé dans le Vidal : Remb Séc soc à 30% dans les indications : Soins palliatifs : occlusion intestinale pourquoi CI avec prokinétiques (occlusion ?) à préciser ?”</i> • <i>“pas noté de patch ?”</i> • <i>“Si pour med G à mon avis pas utile ou préciser "recours HAD souhaitable pour prise en charge du produit”</i> • <i>“l'administration toutes les 8h IV ou SC par un infirmier libéral ne paraît possible que la journée Soins de nuit difficilement réalisables faute d'infirmier disponible”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“peu d'accord avec les commentaires, traitement matin/midi et soir possible hors HAD tout de même!!, dès que c'est injectable ça veut pas dire HAD”</i> • <i>“effectivement indispensable à domicile en cas de syndrome occlusif ou subocclusif (avec la cortisone) C'est sûr que c'est mieux en trois fois que deux pour la scopolamine. Mais finalement aux 12 heures en deux prises il me semble que cela va la plupart du temps. Sinon seringue électrique.”</i> • <i>“je ne crois pas au patch dans les vomissements scopolamine cooper = plutôt en respi avec effet secondaire +++ RAU/confusion car passe BHE Là vous parlez du Scoburen : butylbromure de scopolamine 20 mg... donne moins de confusion, est indiqué dans le digestif”</i> • <i>“Là encore un incontournable dans les occlusions à domicile La seringue électrique permet de gérer pour le scoburen”</i> <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Injectable SCOBUREN facile d'utilisation et efficace avec le passage des IDE A ranger dans la boîte urgence pallia du cab le patch bof et pas remboursé”</i>

<p>Traitements symptomatiques / Analogues de la somatostatine Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“ttt probablement rarement mis en place en médecine générale en ambulatoire car patient souvent hospitalisé lors des épisodes d'occlusion”</i> • <i>“A mon avis nécessite avis spécialisé de soins palliatifs”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“sur avis spé si échec de tout le reste”</i> • <i>“pour connaissance et possibilité de mise en place au domicile par voie sous cut “</i> • <i>“idem à connaître mais bon je ne crois pas l'avoir déjà vu utilisé à domicile”</i> • <i>“oui pour info et sur avis spécialisé”</i> • <i>“Là encore savoir que cela existe mais à domicile pas simple à utiliser”</i> <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Connu et utilisable en MG Une fois n'est pas coutume: échanges avec l'onco et le pharmacien de quartier”</i> • <i>“pour info, à maintenir “</i>
<p>Gastrostomie et SNG Validée au 2e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Très peu de situations ou le MG pose la question”</i> • <i>“relève plutôt d'une pec hospitalière il me semble ? fait partie plutôt de la pec du syndrome occlusif que de la gestion des nausées vomissements”</i> • <i>“très difficile d'avoir un avis de gastroentérologue en urgence pour une pose de gastrostomie L'Es poses de SNG ne devraient se faire qu'en milieu hospitalier car le contrôle par radio me paraît obligatoire”</i> • <i>“relèvent d'une prise en charge spécialisée”</i> • <i>“on commence généralement par la SNG (“en urgence”); puis discussion gastrostomie de décharge”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Assez éloigné de la médecine générale mais une question éthique essentielle”</i> • <i>“SNG et gastrectomie relève d'une PEC hospitalière”</i> • <i>“Je l'ai quand même vu être utilisé à domicile en dehors des occlusions : cas de la SLA (la faim n'est pas forcément un symptôme agréable) mais aussi dans les troubles de la déglutition d'origine neurologique (AVC - maladie à corps de Lewy)”</i> • <i>“SI MIS DANS L'onglet occlusion”</i> • <i>“On est là sur une limite du maintien à domicile. Il faudra décider collégialement avec HAD ou EMSP”</i>
<p>Annexe : Physiopathologie des nausées et vomissements Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“On s'en fout Juste des solutions”</i> • <i>“intérêt en pratique pour adapter les ttt symptomatiques plutôt “pas de NT spécifique” que “aucun NT” pour</i>

	<p><i>les causes centrales ? pathologies urogénitales pour la dernière partie origine viscérale ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “:-) moi qui l'ai demandé avant ! Très bien !” <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “informatif; pertinent; et ceux qui ne veulent pas le lire ne liront pas” • “intérêt "scientifique / théorique " mais je ne pense pas prendre le temps de le lire en pratique” • “je ne sais pas si cela va nous servir...” • “pas sûre que je lirais...redondant avec les traitements proposés fonction mécanisme dans question antérieure” • “bon , ce n'est pas certain que l'on se perde dans tout cela” <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Très informatif et peu pratique À conserver pour les PDS curieux” • “Cela me paraît bon à prendre au passage. Cela clarifie des idées, ça peut rendre service.” • “je partage les commentaires rapportés”
<p>Mise en page Validée au 1er tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Très complet et documenté beaucoup de mal à condamner la plupart des ITEMS Insister sur le côté pratique” • “très lourd et long renvoyer vers l'occlusion certaines thérapeutiques pour alléger ?” • “La police de caractère est vraiment trop petite. Il y a quelques fautes d'orthographe” • “Pour la médecine générale, bien adaptée mais peut être un peu complexe. MAIgré tout bien de trouver l'info complète. Peut-être rappeler sur les thérapeutiques plus invasives, les recours à USP/onco/spécialiste ou HAD” • “Super!” • “visuel complexe qui pourrait être simplifié par mention "avis spécialisé nécessaire””

Anorexie, amaigrissement, nutrition et hydratation :

Rechercher les facteurs contribuant à la perte de poids Validée au 1er tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none">• Absence de commentaire
Prise en charge non médicamenteuse / Information claire du patient et de sa famille Validée au 2e tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none">• <i>“à retravailler anticiper la discussion d'arrêt d'hydratation ou d'alimentation, ou de non mise en place pour les "consignes" sur les ATb en cas de fausses routes: idem plutôt formuler: anticiper la PNP d'inhalation: discuter la CTA: ATB ou non?”</i>• <i>“Très bien de préciser disparition de la sensation de soif et récepteurs dans la bouche....”</i>• <i>“préciser les "risques liés à une alimentation hydratation artificielle”</i>• <i>“bien préciser hydratation et nutrition artificielle qui sont des traitements préciser "quand cela est possible" car pas toujours possible et importance d'en discuter aussi avec la famille ajouter : "alimentation plaisir exclusive en fin de vie (quand plus de traitement spécifique de la maladie et pronostic à moins de 3 mois, pas d'indication à une nutrition artificielle) complications plutôt que "risque" pour NA et bien préciser que ce sont des traitements (qui peuvent à ce titre être suspendus ou non mis en place si absence de bénéfice ou rapport bénéfice/risque défavorable) dernière phrase : une pneumopathie d'inhalation ne sera pas toujours traitée en fin de vie, il faut que la conduite à tenir en cas de pneumopathie d'inhalation soit statuée avant, transmises aux soignants intervenant auprès du patient et expliquée au patient et à la famille”</i> DEUXIÈME TOUR <ul style="list-style-type: none">• <i>“mettre en avant anticipation arrêt de l'hydratation , sujet très délicat pour les soignants et les aidants, parfois impossible pour des raisons religieuses”</i>• <i>“Effectivement l'information à la famille est un point dur. Le refus de boire ou manger est très anxiogène pour l'entourage et il est nécessaire de passer du temps pour que cela soit compris et pour "résister" aux demandes inappropriées de l'entourage. En médecine palliative à domicile les rares cas de nécessité de nutrition entérale ou parentérale sont liés à des causes neurologiques avec difficulté à avaler (séquelles AVC - SLA) et effectivement les soins de bouche sont un des points majeurs de ce genre de situation.”</i>• <i>“Certainement le sujet est très conflictuel à domicile avec l'entourage et les proches voire avec les soignants non médecin.. Il faut passer bien du temps avec les aidants à domicile pour leur faire comprendre les enjeux , les risques , l'intérêt. Cela évite de se retrouver en impasses”</i>

Prise en charge non médicamenteuse / Alimentation : recommandations systématiques Validée au 1er tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • “vous ne parlez pas de l'enrichissement des plats (augmentation de l'apport énergétique dans une même quantité d'aliment)” • “sur le visuel”
Prise en charge non médicamenteuse / Adaptation de l'alimentation aux symptômes Validée au 1er tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • “êtes-vous sûrs que l'alimentation mixée par rapport à une alimentation en texture hachée aggrave les risques de fausse route ?” • “ajouter position assise dans les dysphagies oropharyngée et oesophagienne thé et café qui stimulent le reflexe gastro colique dans la constipation”
CNO Validée au 3e tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • “Les CNO ne sont pas des médicaments?” • “les CNO nécessitent un minimum d'activité physique ? Quel intérêt des CNO ?” • “A mon avis, mieux d'enrichir l'alimentation habituelle. CNO en dernier recours on les retrouve tous non consommés” • “faut-il préciser les modalités de rédaction des ordonnances (pas de marque, choix avec le pharmacien selon gout ?” DEUXIÈME TOUR <ul style="list-style-type: none"> • “se pose la question de l'intérêt clinique pour le patient en soins palliatifs... peut être qu'il faut préciser : pas de bénéfice en soins palliatifs terminaux ?” • “Quel intérêt ? Insister sur l'alimentation plaisir” • “Mais effectivement en soins palliatifs à domicile il est rare que ceux qui ne mangent plus, prennent cependant des compléments alimentaires. A noter qu'ils donnent fréquemment des diarrhées ce qui n'améliore pas forcément le confort de vie. Comme toujours une arme possible mais pas obligatoire il faut peser le rapport bénéfices-inconvénient en tenant compte de l'avis du patient s'il est en mesure de le donner.” • “Bon souvent les patients qui ne mangent pas ne prennent pas mieux leurs compléments alimentaires. En plus cela donne souvent de la diarrhée ce qui n'est pas confortable en fin de vie à domicile. Donc c'est une arme dont on dispose. Utile ou non selon les situations : c'est du cas par cas” • “CNO rassurent la famille. Utilité en soins pallia??? juste réassurance.” TROISIÈME TOUR <ul style="list-style-type: none"> • “pas bon , invendable , inefficace . Seul intérêt pour les aidants naturels, et c'est important... Alors un gros boulot éducatif sur l'alimentation plaisir +++++” • “peu utile sur le site” • “je partage les avis” • “Cela me va”

<p>Traitements médicamenteux des symptômes associés Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“olanzapine n'est pas un antidépresseur, mais un normothymique comme le lithium par exemple attention avec la dompéridone: bcp mais alors bcp de CI avec des médocs qu'on utilise beaucoup en soins pal... prucalopride: inconnu au bataillon, marqué comme traitement de la constipation rebelles dans le Vidal... comment dire qu'on a plus couramment utilisé, à enlever car non utilisé méthylphénidate: non prouvée, recommandation AFSOS, aucun traitement médicamenteux n'a à ce jour démontré une amélioration de l'asthénie”</i> • <i>“pas d'accord pour la dompéridone qui devrait être retirée du marché il me semble que l'olanzapine est un neuroleptique”</i> • <i>“l'olanzapine est un neuroleptique et non pas un antidépresseur méthylphénidate : pas utilisé en pratique courante, quel niveau de preuve ?”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“corticoïdes pour asthénie, c'est donner beaucoup d'espoir je pense pourquoi que la mirtazapine en orexigènes?”</i> • <i>“j'aime bien la phrase : aucun traitement médicamenteux n'a à ce jour démontré une amélioration de l'asthénie”</i> • <i>“OK pour les antalgiques et les AIS Bof pour le reste”</i> • <i>“Il me semble même que l'olanzapine est un neuroleptique La cortisone me paraît bien être le seul traitement symptomatique de l'anorexie et de l'asthénie mais cela ne marche pas toujours et on peut avoir des bons rebonds de symptôme à l'arrêt. Pas de panacée la dessus. Accompagnement. Oui accompagnement.”</i> • <i>“corticoïdes pas indiqués sur dépression anxiété ou insomnie”</i> <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ok pour le miracle temporaire des AIS. Les antalgiques manipulation d'équilibriste l'antalgie non médicamenteuse ?”</i> • <i>“Forcément rien de miraculeux à attendre des médicaments. Accompagnement et soutien c'est ce qu'il nous reste mais c'est essentiel.”</i>
<p>Traitements médicamenteux orexigènes / CTC Validée au 2e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“myopathie entraînée par les corticoïdes ????”</i> • <i>“Obtention difficile de la Dexaméthasone en ville, rétrocession par les pharmacies hospitalières”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Je ne parlerai pas de dexaméthasone pour la ville”</i> • <i>“Idem Arme dont on dispose mais qui ne résout pas tout”</i>
<p>Alimentation artificielle / NE Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“pas MT qui prescrivent ni mettent en place une AE ne control pas une tumeur: formulation à enlever intérêt de marquer: augmente passage aux urgences mais diminue les hospit??? à raccourcir à mon avis”</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“on ne parle plus d'acharnement thérapeutique mais d'obstination déraisonnable les SNG doivent être mises en place en structure hospitalière (radiographies)”</i> • <i>“A mon avis nécessite avis spécialiste d'autant qu'il faudra une radio de contrôle si SNG? Indications éventuelles super. Il manque le détail du syndrome de renutrition inappropriée que je mettrais bien direct dans le texte”</i> • <i>“concernant la phrase sur la loi : préciser comme tout traitement, elle peut être suspendue ou jugée comme disproportionnée. je trouve la phrase acharnement mal formulée dans les indications j'avais le repère de 3 mois d'espérance de vie.... Est ce qu'on le retrouve dans la littérature ? c'est quoi un syndrome de renutrition ?”</i> • <i>“Discussion possible par le médecin généraliste Instauration plutôt hospitalière ou en HAD”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“intéressant que le généralise ait qq pistes de discussion”</i> • <i>“le MG est rarement acteur de cette PEC”</i> • <i>“très bien la phrase d'intro intéressant de le laisser pour que les méd gé aient les arguments”</i> • <i>“A mon avis les seules indications en soins palliatifs à domicile sont les indications neurologiques : séquelles AVC, SLA, certaines formes de Parkinson. Pour le reste les inconvénients et risques paraissent supérieurs aux avantages attendus S'il y a lieu il vaut mieux travailler avec HAD ou EMSP dans ce cas.”</i> <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“on parle plutôt de nutrition artificielle plutôt que d'alimentation artificielle, ce qui renforce la notion que ce sont des "traitements" et non pas des soins de bases qui eux doivent être poursuivis jusqu'au décès la nutrition artificielle et l'hydratation artificielle sont donc considérées comme de traitements et à ce titre peuvent être suspendus s'ils ne sont plus indiqués, si rapport bénéfice / risque défavorable. pas de nécessité d'une procédure collégiale pour mise en place d'une NA mais discussion pluriprofessionnelle ou avis spécialisé si besoin de discuter l'indication”</i> • <i>“Un vrai problème éthique et culturel qui concerne principalement les PDS et les aidants y a pas de recettes On est dans la situation singulière. Hyper important à discuter en RCP”</i> • <i>“oui, à maintenir pour avoir les info”</i> • <i>“Mais voilà les limites données parlent d'elles-mêmes : peu ou pas d'indications en soins palliatifs terminaux.”</i>
Alimentation artificielle / NP Validée au 3e tour	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“idem: MT ne prescrivent pas initialement, ni mettent en place à raccourcir à mon avis”</i> • <i>“Pour moi, indication de NPE à poser par médecin hospitalier en charge du patient”</i> • <i>“Non applicable en médecine générale Instauration hospitalière A ma connaissance, la voie d'abord est exclusivement sur cathéter centrale (CIP ou Picc Line)!”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“pareil: intérêt dans la discussion avec le patient pour le généraliste je trouve”</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • “le MG est rarement acteur de cette PEC” • “effectivement hors champs de prescription MG mais utile à la discussion et l'anticipation” • “Idem , on sait que cela existe mais à domicile ??...” • “parfait MAIS préciser : uniquement sur voie centrale (CIP ou Plcc)” <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Y a pas d'impossible à domicile....question d'organisation Important le refus du patient” • “utile dans les discussions mais on sait que ce n'est guère une option réaliste à domicile” • “juste un détail "pour qui l'on en attend une amélioration en terme... " n'est pas correct : pour qui on attend ou pour qui est attendue”
<p>Déshydratation / Facteurs favorisants Validée au 1er tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “recours à une assistante sociale souvent nécessaire pour renforcement du plan d'aide à domicile”
<p>Déshydratation : Hydratation parentérale Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “rajouter peut être: discussion collégiale souhaitable, il est facile de mettre en place, plus difficile à arrêter” • “je ne sais pas s'il faut privilégier NaCl (augmentant l'hypermnatrémie) ou le Glucosé” • “Pour moi, le glucosé seul ne diffuse pas. Il faut au moins rajouter 1 gramme de sel dans la perf” <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “pour moi, le glucosé passe? j'insisterai plus sur la nécessité de discuter avant la mise en place; ou remettre la phrase sur le fait que c'est un traitement qui peut être jugé comme de l'obstination déraisonnable” • “Insister sur la collégialité indispensable” • “Effectivement décision à prendre en équipe (HAD EPSM, équipe d'infirmière libérale et SSIAD etc) Bon perso je n'utilise pas de glucosé.” • “juste rajouter attention pas de perf SC en abdo sous la couche (risque d'infection)” <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “discussion collégiale est un terme ambigu il me semble : on peut confondre avec procédure collégiale, plutôt discussion en équipe ou pluriprofessionnelle concernant son indication en toute fin de vie, risque de mauvaise tolérance (œdème, encombrement) pouvant conduire à la suspendre ou à ne pas en mettre en place car aucun bénéfice en terme de confort” • “COLLÉGIALITÉ Et prise en compte des aspects culturels du temps de parole indispensable” • “C'est adapté à mon sens au domicile” • “non systématique en SP en gras et souligné
<p>Mise en page Validée au 1er tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “réduire certains tableaux notamment sur l'alimentation artificielle”

Dysphagie, dysgueusie :

<p>Dysphagie / Objectifs de la prise en charge Validée au 2e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“un autre objectif pourrait être le maintien d'une alimentation plaisir ?”</i> • <i>“Intérêt ?”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“déjà évoqué”</i> • <i>“Cela me va !”</i>
<p>Dysphagie / Prise en charge / Prise en charge globale Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Précieuse collaboration d'un orthophoniste compétent”</i> • <i>“tous les psychotropes donnent des sécheresses buccales l'oxygène également (lunettes ou masque)”</i> • <i>“bien préciser que le tronc doit être à 90° (si possible)”</i> • <i>“et recherche cause mécanique?”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Bilan bucco dentaire ? Délais ? VAD ? Orthophoniste compétent une rareté tellement précieuse”</i> • <i>“Là aussi cela me va . Évidemment il faut une orthophoniste qui s'intéresse aux adultes , éventuellement âgés, et, à domicile : c'est pas gagné !”</i> • <i>“tout très bien mais il manque de faire pencher tête en flexion pour favoriser déglutition : très efficace et peu fait”</i> <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“rechercher une cause mécanique d'abord non ? compression ? progression tumorale ? potentiellement curable (sauf en toute fin de vie bien sur)”</i> • <i>“Totalement en accord avec les commentaires : les dentistes seront-ils un jour conscients de leurs rôles indispensables en soins primaires? L'orthophoniste précieux un bonheur vécu”</i> • <i>“pas de remarques supplémentaires”</i>
<p>Dysphagie / Prise en charge / Si difficultés à la déglutition Validée au 2e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“eau pétillante plutôt qu'eau plate éviter les pailles si FR”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“La texture tout est dans la texture alimentaire (hachée , pas de gros morceaux, pas de purée) et l'eau pétillante, effectivement.”</i>

<p>Dysphagie / Prise en charge / Si douleur liée à la déglutition Validée au 2e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“anesthésiques locaux à faire à distance des repas et non avant pour éviter fausses routes”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“ Là aussi cela me va et ce palliatif est vraiment bien !”</i>
<p>Dysphagie / Prise en charge / Si obstruction Validée au 2e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“oui si vraiment on a éliminé une cause locale 'nombre de mycoses ne sont pas vues, pas traitées”</i> • <i>“-préciser dose/kg/jour”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“OK. Rien de plus à dire.”</i>
<p>Dysphagie / Prise en charge / Nutrition artificielle Validée au 3e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Sous réserve d'y avoir accès . Quelle pertinence?”</i> • <i>“préciser, discussion collégiale souhaitable”</i> • <i>“mettre le lien vers la partie alimentation que vous avez fait”</i> • <i>“recours nécessaire à un avis spécialisé”</i> • <i>“évoquer les questionnements éthiques ?”</i> • <i>“renvoyer au chapitre dédié peut-être”</i> <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“renvoyer à la discussion éthique/// non obstination déraisonnable en effet”</i> • <i>“évoquer la possibilité”</i> • <i>“Déjà évoqué”</i> • <i>“Neutre. Là encore cela mérite d'être connu. Mais à domicile rares sont les indications , c'est difficile à mettre en œuvre , l'intérêt souvent discutable et il faut le gère avec l'HAD ou l'EMSP”</i> <p>TROISIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“OK Une réponse réflexion territoriale. Une EMSP locale. Une HAD consultative et non décisionnaire”</i> • <i>“Là encore, à savoir , à discuter, mais peu de chances qu'il soit possible de le mettre en application à domicile”</i> • <i>“je préciserais plutôt que avis spécialisé qui semble d'emblée faire poser une SNG ou gastrosotmie la nécessité de discuter avec patient et famille objectifs attendus”</i>

<p>Dysgueusie Validée au 2e tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence de commentaires <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“intéressant de savoir qu'on ne peut rien faire quand même”</i> • <i>“Alors la franchement , je n'ai pas d'idées utiles”</i> • <i>“Finalement bien de savoir qu'on ne peut rien faire...”</i>
<p>Mise en page Validée au 1er tour</p>	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Tout à fait adapté car quasi-constant, source de douleur physique, sociale . Gros impact sur les aidants naturels”</i>

Thérapeutique à visée buccale :

Objectifs Validée au 1er tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Pas vraiment dans le rôle d'une boîte à outils”</i> • <i>“diminuer les symptômes d'inconfort, sécheresse, douleur, saignement...”</i>
Soins de bouche systématiques Validée au 1er tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Petits moyens essentiels rarement abordés”</i> • <i>“j'avais le repère de 2 fois par jour en cas d'absence d'alimentation... précisé que glycérine uniquement si pas d'oxygénothérapie”</i> • <i>“bâtonnets glycinés contre indiqués si oxygénothérapie ?”</i>
Selon l'état de la bouche / Bouche sale Validée au 1er tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Peut être que l'ITEM précédent Peut rejoindre celui ci”</i>
Selon l'état de la bouche / Bouche hémorragique Validée au 1er tour	PREMIER TOUR : <ul style="list-style-type: none"> • Absence de commentaire
Selon l'état de la bouche / Bouche sèche / Soins locaux Validée au 1er tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“ces ITEMS mériteraient peut être d'être concentrés ? 1 conseils aux aidants Recettes aux prescripteurs”</i>
Selon l'état de la bouche / Bouche sèche / Traitements systémiques Non validée	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Sur quels arguments les glandes salivaires sont fonctionnelles ou non ?”</i> • <i>“efficacité très modérée et peu de remboursement (pas du tout pour le Salagen).. beaucoup d'effets indésirables.; à oublier...”</i> DEUXIÈME TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“rapport bénéfice / prise 3 fois par jour chez des patients déjà polymédicamentés”</i> • <i>“en effet mettre des exemples (par ex poste radiothérapie: elles fonctionnent pas) “</i> • <i>“Inefficace”</i> • <i>“les comprimés (SULFARLEM) sont souvent inadaptés en toute fin de vie avec de gros troubles de déglutition. En fait je n'utilise jamais le sulfarlem en soins palliatifs”</i> • <i>“A oublier en soins palliatifs : trop de traitements, contraintes du timing avec le repas.. bénéfice minime. Tout dépend de la cause. En soins palliatifs précoces éventuellement”</i> TROISIÈME TOUR

	<ul style="list-style-type: none"> • “A oublier” • “peu d'intérêt pratique” • “je n'ai jamais utilisé en soins palliatifs car peu d'avantages sur la salivation et la qualité de vie au regard des contraintes d'administration
Selon l'état de la bouche / Hypersialie Validée au 2e tour	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Accès à la RX TTT et à l'injection de toxine ?” • “Accès à la radiothérapie ? et à la toxine?” • “pour l'atropine je mettais parfois jusqu'à 3 gouttes, mettre une poso pour majorer ?” • “LA toxine et la RT relèvent probablement plutôt de l'avis de l'onco ou du neuro AVANT envoi au radiothérapeute ou au neurologue de la toxine” • “Injection de Botox et radiothérapie après avis spécialisé” <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Accès difficile pour la toxine et RXtt” • “Radiothérapie et toxine botulinique inutilisables en soins palliatifs à domicile. Le scopoderm n'est pas remboursé mais rend franchement de grands services”
Selon l'état de la bouche / Mucite Validée au 2e tour	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Pour les anti -inflammatoires : Pourquoi solupred dans eau ppi? dans eau normale aussi bien. Plutôt que Dermoval, proposer Aspegic 1000 en bain de bouche. Penser à la mycose : traitement bain de bouche fungizone d'épreuve? (avec une durée limitée dans le temps)” • “ASPIRINE 1g x 3 en gargarisme peut être une alternative aux corticoïdes FUNGIZONE en cas de candidose buccale” <p>DEUXIÈME TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Cette partie me paraît adaptée à la pratique des soins palliatifs à domicile.”
Selon l'état de la bouche / Aphtes / 1ère intention Validée au 1er tour	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “bain de bouche plutôt aspegic? Bicarbonate : à acheter en supermarché, ça coûtera moins cher”
Selon l'état de la bouche / Aphtes / 2ème intention Validée au 2e tour	<p>PREMIER TOUR</p> <ul style="list-style-type: none"> • “à retravailler bien préciser aussi pour la chlorhexidine on avale pas non plus, enfin je l'espère” • “Plein de produits non remboursés : les patients peuvent se renseigner Ne pas oublier de détecter virus herpès buccal” <p>DEUXIÈME TOUR</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“ils avalent vraiment la chlorhexidine?”</i> • <i>“pas de remarques particulières. L'aspegic et le solupred vont toujours bien, le soucis étant de faire cracher après bain de bouche”</i>
Selon l'état de la bouche / Candidose Validée au 1er tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“non spécifique aux SP”</i>
Selon l'état de la bouche / Herpès labial Validée au 1er tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“non spécifique aux SP”</i> • <i>“préciser dose zelitrex”</i>
Selon l'état de la bouche / Halitose Validée au 1er tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“préciser ce que c'est que l'halitose ! car pas évident que tout le monde sache”</i> • <i>“traitement à proposer si gêne pour la famille (entourage) : surtout si fin de vie. Amox : non pour moi. (srtt maintenant)”</i>
Selon l'état de la bouche / Perlèche Validée au 2e tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Non spécifique”</i> • <i>“mettre durée pour le traitement”</i> DEUXIÈME TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Non spécifique”</i> • <i>“A mon avis n'importe quel produit gras un peu épais va bien sur les perlèches”</i>
Annexe classe thérapeutique / DCI / Nom commercial Validée au 2e tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“On se débrouille avec l'interne ou le pharmacien”</i> DEUXIÈME TOUR (question regroupé avec l'annexe préparation des bains de bouche) <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Pas de soucis”</i> • <i>“je ne comprends pas l'augmentin et l'amox.. et la fucidine... et Clamoxyl a un y ;-)”</i>
Annexe préparation des bains de bouche Validée au 2e tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Recettes”</i> • <i>“Sauf que pas très d'accord de l'utilité de mettre la chlorhexidine dans les traitements”</i> DEUXIEME TOUR (question regroupée avec l'annexe classe thérapeutique / DCI / Nom commercial.

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Pas de soucis”</i> • <i>“je ne comprends pas l'augmentin et l'amox.. et la fucidine... et Clamoxyl a un y ;-)”</i>
Mise en page Validée au 1er tour	PREMIER TOUR <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Place des aidants naturels dans ces soins ? Bcp de spécialités non remboursées”</i>

Annexe 4 : Capture d'écran du site internet Palliaclic.com

Nausées et vomissements

▼ Rechercher et traiter les facteurs favorisants

- Facteurs digestifs :
 - Constipation et fécalome ► laxatifs, lavements cf [Constipation](#) (page hors thèse)
 - Occlusion ► cf page occlusion en cours de création
 - Candidose ► cf [thérapeutiques à visée buccale](#)
 - Ascite ► discuter ponction
 - Gastrite et ulcère gastrique ► Inhibiteurs de Pompe à Protons
 - Facteurs iatrogènes (chimiothérapie, Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine, opiacés...) ► adapter les thérapeutiques si possible
 - 🚩 *Les opiacés ne sont pourvoyeurs de nausées que dans les premiers jours (4 à 7 jours) suivant l'instauration*
 - Insuffisance d'organe (hépatique, rénale)
 - Troubles ioniques (calcémie, natrémie)
 - Facteurs psychologiques :
 - Dépression ► Mirtazapine et Olanzapine (effets antidépresseur et antiémétique)
 - Diagnostic d'élimination : Angoisse, anxiété ► anxiolytiques (Benzodiazépines)
-

▼ Traitements non médicamenteux

Environnement	<ul style="list-style-type: none">• Eviter stimuli environnementaux favorisant les nausées (visuels, olfactifs, auditifs)
Hydratation	<ul style="list-style-type: none">• Boire de petites quantités régulières (toutes les 30 minutes à 1h)• Varier les boissons selon les goûts du patient (eau, infusions, jus de fruits...)• Si besoin, utiliser une paille dans une tasse fermée pour limiter les odeurs et faciliter les petites gorgées
Alimentation	<ul style="list-style-type: none">• Fractionner : 6 à 8 petits repas et/ou collations par jour• Manger lentement, dans un environnement calme• Après le repas<ul style="list-style-type: none">> Maintenir une position assise pendant 30 minutes> A défaut, <i>se coucher sur le côté droit</i> pour favoriser la vidange gastrique• Favoriser<ul style="list-style-type: none">> Aliments froids (moins odorants)> Aliments "plaisirs"• Éviter<ul style="list-style-type: none">> Aliments trop gras ou trop épicés> Fortes odeurs
Médecines dites « alternatives »	<ul style="list-style-type: none">• Hypnose : efficacité prouvée pour prévention des vomissements anticipatoires liés aux chimiothérapies chez l'enfant• Relaxation : si anxiété associée• Acupuncture et acupression du point P6 (trois travers de doigts au dessus du poignet sur la face antérieure de l'avant bras) : efficace sur nausées et vomissements post opératoires ou liés aux chimiothérapies et sur gastroparésie post chirurgicale

▼ Traitements symptomatiques

- Choix de l'antiémétique en fonction de l'étiologie :



Les posologies des molécules sont précisées dans les onglets correspondants sous le tableau

Etiologie	Caractéristiques des nausées/vomissements	Mécanismes induisant nausées/vomissements	Traitement antiémétique recommandé
Gastroparésie et troubles de la vidange gastrique	<ul style="list-style-type: none"> • Nausées intermittentes et soulagées par vomissements • Satiété précoce et sensation de pesanteur/ballonnements post prandiaux • Vomissements de faible volume 	Activation mécanorécepteurs digestifs	Prokinétiques : métoprolamide, dompéridone, erythromycine (hors AMM)
Néoplasie abdominale, constipation, douleur viscérale, distension voies biliaires, radiothérapie abdominale		Activation chémorécepteurs et mécanorécepteurs gastro-intestinaux	Anti D2 (Métoprolamide, Halopéridol, Chlorpromazine) Anti 5HT3 π
Occlusion	<ul style="list-style-type: none"> • Nausées intermittentes soulagées par vomissements • Crampes abdominales • Vomissements de grande abondance, bilieux ou alimentaire • Vomissements fécaloïdes si occlusion basse 	Activation mécanorécepteurs digestifs	Corticoïdes Anticholinergiques (Scopolamine) Analogues de la somatostatine Sétrons π en 2 $^{\circ}$ intention
Causes médicamenteuses et métaboliques	<ul style="list-style-type: none"> • Nausées persistantes et non soulagées par les vomissements 	Stimulation CTZ *	Anti D2 (Chlorpromazine, Halopéridol) Anti 5HT3 π en 2 $^{\circ}$ intention
Chimiothérapie		Stimulation CTZ * Altération muqueuses digestives induisant libération sérotonine (5HT3) Anxiété	Anti 5HT3 π (Ondansetron) AntiD2 (Haloperidol++) Corticoïdes Aprépitants π Benzodiazépine si vomissements anticipatoires
Radiothérapie		Libération de sérotonine (5HT3) par cellules entérochromaffines intestinales	Anti 5HT3 π (Ondansetron, Granisetron)
Opioides		Stimulation CTZ * Gastroparésie et constipation Stimulation vestibulaire	Anti D2 (Métoprolamide, Halopéridol, Chlorpromazine) Anti 5HT3 π Antihistaminiques Anticholinergiques
Hypertension Intracranienne	<ul style="list-style-type: none"> • Vomissements matinaux • Céphalées associées 	Activation mécanorécepteurs méningés	Corticoïdes AntiH1 1 $^{\circ}$ génération
Vestibulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Nausées augmentées par les mouvements 	Stimulation nerf vestibulaire	AntiH1 1 $^{\circ}$ génération Anticholinergiques
Anxiété			Benzodiazépines

*CTZ = Zone gâchette chémoréceptrice ; zone située dans le tronc cérébral, en dehors de la barrière hémato-encéphalique et donc exposée au sang et au liquide cérébrospinal. Elle reçoit des informations provenant des noyaux vestibulaires, des nerfs vagues et splanchniques mais aussi des stimuli transportés par le sang (médicaments, troubles métaboliques, toxines bactériennes...)


▼ Antagonistes dopaminergiques (antiD2)

- Pour nausées médicamenteuses (chimiothérapies, opiacés), métaboliques, toxiques (sepsis, iléus)
- Activité prokinétique associée pour Métoclopramide et Dompéridone : pour stase gastrique, dysautonomie neurovégétative, iléus paralytique
- **A noter que de nombreux neuroleptiques ont une activité antiD2 (en particulier l'Olanzapine)**



	Métoclopramide (Primperan, Prokinyl LP)	Dompéridone (Motilium)	Chlorpromazine (Largactil) <i>Hors AMM comme antiémétique</i>	Haloperidol (Haldol)	Métopimazine (Vogalene, Vogalib)
Posologie et voie d'administration	<ul style="list-style-type: none"> • LI (PO, <u>suppositoire</u>, IM ou IV) : 10mg 3-4 fois/jour 30min avant repas et coucher ou toutes les 4-8h ; max 30mg/j • LP (PO) : 15mg 2/j • <u>Adaptations</u> : <ul style="list-style-type: none"> – diminuer de 50% si clairance 10-40ml/min – diminuer de 75% si clairance < 10 – initier à la plus faible dose recommandée chez les sujets âgés – précautions si insuffisant rénal chronique, insuffisant cardiaque, insuffisant hépatique, Parkinson, diabète 	<ul style="list-style-type: none"> • PO : 10-20mg/4-8h, avant les repas 	<ul style="list-style-type: none"> • PO : 5 à 50mg /8h (gouttes ou comprimés) • IM ou IV : 12.5 à 50mg /8h • <i>Utiliser la plus petite posologie en cas d'insuffisance hépatique et chez les patients âgés</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • PO : 0.5 à 3mg/4-8h (en gouttes) • IM : 0.5-2mg /8h (fréquemment utilisé en SC dans le contexte de soins palliatifs, <u>hors AMM</u>) 	<ul style="list-style-type: none"> • PO : <ul style="list-style-type: none"> – lyophilisat (7.5mg) : 1cp 2 à 4 fois par jour – gélule (15mg) : 1 à 2 gél par jour – solution buvable (5mg/càc) : 1 à 2 càc par prise, 2 à 3 fois par jour • Rectal : 1 à 2 suppositoires (5mg) par prise, 2 à 3 fois par jour • IM ou IVL : 1 ampoule (10mg) 1 à 2 fois par jour
Effets indésirables communs	<ul style="list-style-type: none"> • Sédation, agitation • Hypotension, allongement QT • Dystonie, syndrome extrapyramidal, diminution seuil épileptogène <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome malin des neuroleptiques • Précipitation de syndrome psychotique chez les patients âgés déments <ul style="list-style-type: none"> •  Neutropénie <p> Attention si HBP ou GAFA</p>				

Spécificités	<ul style="list-style-type: none"> Dyskinésie tardive irréversible dépendant de la dose cumulée (attention ++ si traitement >3 mois) Peu efficace sur la motilité colique 	Ne passe pas la barrière hémato-encéphalique	<ul style="list-style-type: none"> Très sédatif Sécheresse buccale 	<ul style="list-style-type: none"> Particulièrement indiqué si nausées liées aux opiacés ou atteinte digestive néoplasique Moins sédatif et hypotenseur Plus à risque de syndrome extrapyramidal : à éviter ++ si Parkinson 	
Contre indications	<ul style="list-style-type: none"> Occlusion digestive complète Hémorragie digestive Perforation digestive 			<ul style="list-style-type: none"> CONTRE INDIQUÉ EN IV : risque de trouble du rythme cardiaque 	
Interactions médicamenteuses	Inefficace quand associé aux antimuscariniques (dont antihistaminiques)	<ul style="list-style-type: none"> Contre indiqué en association à la méthadone Très nombreuses interactions et effets indésirables. Attention si co-prescription d'autres médicaments allongeant le QT	Association déconseillée avec la Méthadone	<i>Nombreuses interactions médicamenteuses : métabolisé par CYP3A4 et inhibe CYP 2D6. Association déconseillée avec la Méthadone</i>	

▼ Antihistaminiques de 1ère génération (antiH1) Hors AMM comme antiémétiques

- Hydroxyzine (Atarax®) : **25mg/4-6h** en PO (max 100mg/j)
- Diminuent sécrétions muqueuses
- Pour hypertension intracrânienne, nausées liées aux mouvements, radiothérapie cérébrale
-  A éviter si patients âgés, Glaucome à angle fermé, Hypertrophie Bénigne de Prostate, HTA sévère, maladie cardiovasculaire, insuffisants respiratoires, insuffisants hépatiques, épileptiques


▼ Effets indésirables

- Sédation, syndrome extrapyramidal, vertiges, céphalées, diminution seuil épileptogène
- Constipation, rétention aiguë d'urines
-  Allongement du QT
-  Confusion chez les déments


▼ Corticoïdes (CTC)


- Prednisone ou Prednisolone (Cortancyl®, Solupred®)
 - Nausées chroniques réfractaires aux autres antiémétiques : **0,5-0,7 mg/kg/j soit 25-50mg/j**
 - Chimiothérapies émétisantes (en association avec anti5HT3 (=sétrons) ou antiD2) : **0,5-0,7 mg/kg/j soit 25-50mg/j**
 - Occlusion digestive : **1-1,5mg/kg/j** (avis spécialisé souhaitable)
 - Hypertension intracrânienne : **1-1,5mg/kg/j** (avis spécialisé souhaitable)

Si voie IV en place et utilisable : possibilité d'utiliser la **Dexaméthasone** qui a un faible effet minéralocorticoïdes (possible également en IM)
Alternative IV ou IM : **Méthylprednisolone**

- A prendre le matin, préférer en **cure courte** de 5-7 jours pour limiter les effets indésirables (hors cas d'occlusion ou hypertension intracrânienne terminale dans le contexte de soins palliatifs)
- A utiliser avec précaution chez patients psychiatriques, diabétiques ou en périopératoire
-  Risque de sepsis, **masque la fièvre**
- Si surveillance glycémique et recherche d'un diabète corticoinduit pertinentes dans le contexte : mesurer préférentiellement la glycémie du midi ou du soir

▼ Benzodiazépines (BZD)

- Préférer les **BZD à demi vie courte** :
 - **Oxazepam** (Seresta®) : débiter à **10mg PO 2 à 3 fois/jour** ou à la demande selon symptomatologie
 - **Alprazolam** (Xanax®) : débiter par **0.25mg PO 2 à 3 fois/jour** ou à la demande selon symptomatologie. *A éviter chez insuffisant hépatique*
 - **Lorazepam** (dont les métabolites sont inactifs) (Temesta®) : **0.5-1mg PO/6h**
- Alternatives en gouttes ( demi-vies plus longues) :
 - **Prazepam** (Lysanxia®) : **5 à 10 mg PO 2 à 3 fois/jour**
 - **Diazepam** (Valium®) : **5 mg PO 1 à 3 fois/jour**
- Potentialisent les autres traitements antiémétiques
- Pour anxiété et vomissements anticipatoires liés aux chimiothérapies

- A utiliser seulement après avoir éliminé et traité une autre étiologie des nausées
-  A éviter en monothérapie
- Effets indésirables principaux : sédation, confusion, dépendance

▼ Anticholinergique : Scopolamine (Scoburen®)

- Scopolamine butylbromure 20 mg/ml (Scoburen®) :
 - **40 à 80 mg en 2 à 4 prises par jour** en IV ou SC
 - Avis spécialisé souhaitable
 - SCOPODERM® 1 mg/72h : **1 à 4 patch/72h**. 🚩 Non remboursé
 - Antispasmodique et antisécrétoire
-
- Pour la prise en charge médicamenteuse des occlusions carcinologiques, hypertension intracrânienne, nausées liées aux mouvements, radiothérapie cérébrale
 - 🚩 Ne pas associer aux prokinétiques car effet antispasmodique

▼ Effets secondaires

- Sécheresse des muqueuses
- Rétention aiguë d'urine
- Constipation
- Tachycardie
- Troubles de l'accommodation
- Effet central sédatif
- 🚩 Parfois effet paradoxal : agitation, hallucination, confusion.

▼ Inhibiteurs de pompe à protons (IPP)

- Pantoprazole (Eupantol®, Inipomp®) ou Esoméprazole (Inexium®) ou Oméprazole (Mopral®) ou Lansoprazole **orodispersible** (Lanzor®, Ogast®)
- **40 à 80mg par jour** en PO ou IV (Oméprazole possible en SC)
- Uniquement si :
 - occlusion
 - gastrite ou ulcère (avéré ou suspecté)
 - vomissements répétés entraînant une dyspepsie
- 🚩 *Attention aux surprescriptions fréquentes*

▼ Pour information et sur avis spécialisé : Antagonistes 5HT3 / Anti NK1 / analogues de la somatostatine

▼ Antagonistes 5HT3 🚩 Médicament d'exception

- Ondansetron (Zophren®) :
Débuter à **4mg/j**
Puis **4-8mg 1 à 2 fois par jour, IV ou po** (comprimés ou lyophilisats). Maximum 32mg/j
🚩 Max **8mg/j si insuffisance hépatique sévère**
Pas d'ajustement chez le patient âgé

- Granisetron : **1mg 2 fois/j**
- Dolasetron : **200mg 1 fois/j**
- Palonosetron : **0.25mg 1 fois/j IV**

- Surtout utilisé pour les vomissements liés aux chimiothérapies ou radiothérapies, plutôt en 2^e ligne en soins palliatifs
- Bloquent l'action de la sérotonine sur le nerf vague ; potentialisés par CTC
- 🚩 **Diminue efficacité du tramadol**

- Effets indésirables communs :
 - Constipation ++
 - Céphalées
 - 🚩 Allongement QT

▼ Antagoniste NK1 : Aprepitant 🚩 Médicament d'exception

- Aprepitant (Emend®) : **125mg à J1** de la chimiothérapie puis **80mg/j pendant 2 jours**
- 🚩 **Inducteur enzymatique** interagissant notamment avec le *Midazolam*
- A utiliser en association avec sétrons et corticoïdes
- Effet indésirable principal : constipation

▼ Analogues de la somatostatine

- Octréotide (Sandostatine®) : **600 à 1200µg/j IV ou SC** (discontinu en 3 injections par jour ou continu)
- Lanreotide (Somatuline LP®) : 1 injection **30mg /28 jours IM** en relai de l'octréotide avec chevauchement de 6 jours (avis d'experts)
Hors AMM

▼ Annexe : Physiopathologie des nausées et vomissements

Voie afférente	Stimuli associés	Neurotransmetteurs impliqués
Zone gâchette chémoréceptrice (CTZ) : <i>située dans le tronc cérébral, hors de la barrière hémato-encéphalique</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments • Troubles métaboliques • Toxines bactériennes • Radiothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Dopamine • Sérotonine (5HT3) • Substance P (NK1)
Système nerveux central	<ul style="list-style-type: none"> • Emotion, douleur • Sensoriels : vue, goût, odorat • Lésion cérébrale ou méningée 	Absence de neurotransmetteur spécifique
Système vestibulaire	<ul style="list-style-type: none"> • Mouvement • Visuel • Infection • Opiacés • Lésion vestibulaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Acétylcholine • Histamine
Voies périphériques	<ul style="list-style-type: none"> • Etirement digestif ou biliaire • Lésion digestive • Pathologies génito-urinaires • Chimiothérapie ou radiothérapie abdomopelvienne • Toxines • Pathologie médiastinale, ORL, trachéobronchique 	<ul style="list-style-type: none"> • Sérotonine • Dopamine

Anorexie, amaigrissement, nutrition, hydratation :

▼ Rechercher les facteurs contribuant à la perte de poids

- Buccaux : troubles de déglutition, pathologies dentaires, mucite, sécheresse buccale, plaies buccales, mycoses
- Digestifs : satiété précoce, nausées, vomissements, constipation, occlusion intestinale
- Malabsorption : inflammation digestive, carcinose péritonéale, fistule, résection intestinale, diarrhées
- Psychologiques : anxiété, dépression
- Dysgueusie, altération de l'odorat
- Douleur
- Asthénie
- Confusion
- Troubles endocriniens : diabète, hypogonadisme, insuffisance surrénalienne, hypothyroïdie
- Inflammation

▼ Prise en charge non médicamenteuse

▼ Information claire du patient et de sa famille

- Existence d'une **anorexie liée à la maladie**
 - Forcer un patient à manger peut être une source de stress supplémentaire
 - Risque de déclencher une sensation de **faim par rupture du jeûne** en cas d'apport de carbohydrates chez un patient n'ayant pas mangé depuis plusieurs jours
 - Expliquer les **risques** liés à une alimentation ou hydratation artificielle
(cf onglets "Alimentation artificielle" et "Déshydratation" ci-dessous)
 - **Disparition de la sensation de soif en fin de vie**
 - **Récepteur de la soif se trouvant dans la bouche** : *amélioration de la sensation de soif par soins de bouche* et absence d'amélioration par hydratation parentérale


 - **Anticiper :**
 - ▶ **la discussion d'arrêt ou de non mise en place** d'une hydratation ou d'une alimentation artificielle avec le patient tant qu'il est capable de donner son avis
 - ▶ **la pneumopathie d'inhalation** et discuter la conduite à tenir : antibiothérapie ou non ?

 - **Possibilité de manger ou boire malgré le risque d'inhalation si :**
 - connaissance des **risques** encourus
 - ET de la **conduite à tenir** en cas de fausse route
 - ET des consignes concernant la prise d'**antibiotiques en cas de pneumopathie**
-


▼ Conseils hygiéno-diététiques

- Ne modifient pas la perte de poids mais améliorent la qualité de vie des patients (sentiment de soutien et prise en charge globale)
- Favoriser autant que possible une **activité physique** adaptée

▼ Alimentation : recommandations systématiques

-  **Eviter toute restriction alimentaire** (dire au patient qu'il n'est plus concerné par les recommandations de la population générale)
 - Choix des aliments :
 - Alimentation "plaisir", adapter aux goûts du patient ++
 - Aliments de **haute densité calorique** (riches en lipides et protéines pour un faible volume)
 - **Température** : boissons fraîches, aliments à température ambiante
 - Enrichir l'alimentation :
 - Protéines en poudre **10-30g/j** (objectif d'apport protéique : 1g/kg/j voire 2g) (Clinutren instant protein®, Fresubin protein powder®, Protifar®)
 - Crème, huile, sauces
 - Présentation des repas :
 - **Attrayante**, même s'ils doivent être mixés par la suite
 - **Petites portions**
 - Environnement favorable : calme, si possible à table
-

▼ Adaptation de l'alimentation aux symptômes

Dysgueusie et troubles de l'odorat	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser les aliments froids souvent moins odorants • <u>Si diminution de la sensibilité buccale aux goûts</u> : augmenter les assaisonnements • <i>Eviter aliments à forte odeur (viande grillée, poisson) ou forts goûts</i>
Nausées/vomissements	<ul style="list-style-type: none"> • Repas petits et fréquents au cours de la journée • Augmenter l'alimentation quand le patient est moins fatigué ou entre deux chimiothérapies • Préférer l'alimentation peu odorante et froide
Mucite et douleur buccale	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation crémeuse ou liquide • A température ambiante +/- froide • <i>Eviter :</i> <ul style="list-style-type: none"> > <i>aliments épicés, acides, très salés</i> > <i>aliments durs qui pourraient endommager la muqueuse (noix, croûtes, biscuits secs...)</i>
Dysphagie oropharyngée	<ul style="list-style-type: none"> • Hacher ou écraser les aliments • Ajouter crème et saucés pour humidifier • Ajouter des épaississants pour <u>éviter les fausses routes</u> •  Favoriser alimentation hachée ou écrasée plutôt que mixée pour limiter le risque de fausse route
Dysphagie oesophagienne	<ul style="list-style-type: none"> • Hacher finement, consommer liquides • Bien mâcher, manger lentement en étant concentré sur la tâche • Faire des repas petits et fréquents
Constipation	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les fibres (30-40g/j) • Augmenter l'hydratation

▼ Compléments nutritionnels oraux (CNO)

- En 2ème intention, uniquement si l'enrichissement des repas est insuffisant
- Intérêt discutable en fin de vie, ils doivent s'inscrire dans le cadre d'une **alimentation plaisir**
- Utiliser CNO **hypercaloriques (> 1.2kcal/ml)** et **hyperprotidiques (> 20% prot)**
- Adapter les goûts et textures au patient pour favoriser leur consommation
- *Pas de preuve suffisante pour recommander l'usage de compléments de vitamines ou minéraux. Cependant, aucun effet indésirable sévère n'est rapporté.*

▼ Traitements médicamenteux des symptômes associés


Dyspepsie, nausée, satiété précoce, ballonnement	Prokinétiques : – Métyclopramide en 1ère intention (nombreux effets indésirables) : 10-20mg 30min avant repas Pour plus d'infos : traitement nausées/vomissements
Dépression, anxiété, insomnie	Antidépresseur orexigènes (Mirtazapine, Miansérine, Paroxétine) Neuroleptiques (Olanzapine)
Asthénie	Corticoïdes : <i>littérature discordante, initier à minimum 40mg/j d'équivalent Prednisone, à réévaluer régulièrement et à arrêter en l'absence d'amélioration</i> Aucun médicament n'a à ce jour prouvé son efficacité sur l'asthénie
Douleur	Antalgiques

▼ Traitement médicamenteux orexigène : corticoïdes


- Posologie recommandée : **20 à 40mg/j d'équivalent Prednisone**
Si accessible, favoriser la **Dexaméthasone** pour son faible effet minéralocorticoïdes (soumise à rétrocession hospitalière)
 - A préférer chez patients ayant une faible espérance de vie
 - [Outils de calcul d'équivalence selon molécule](#)


 - **Effets à court terme** (3-4 semaines) : améliorerait appétit et sensation de bien être ; diminuerait asthénie (*littérature discordante, bien évaluer balance bénéfice-risque*)
 - **Nombreux effets indésirables à long terme** : myopathie/atrophie musculaire, insuffisance surrénalienne, immunodépression, ostéoporose, HTA, diabète...
-

▼ Nutrition artificielle : pour info, à réaliser en milieu hospitalier


- La nutrition artificielle relève d'une prise en charge hospitalière. Nous avons fait le choix de laisser ses indications et effets indésirables ici afin de faciliter les discussions autour de ce sujet, notamment avec le patient et son entourage
- A **discuter** avec le patient et son entourage +++, collégialité préconisée pour la décision finale
-  Toute nutrition artificielle est considérée selon la loi Leonetti-Claeys comme un **médicament**, elle peut être considérée comme de **l'obstination déraisonnable**. Comme tout traitement, elle peut être suspendue ou jugée comme disproportionnée.
- Amélioration de la survie discutée dans la littérature

▼ Nutrition entérale (NE) : pour info, à réaliser en milieu hospitalier

- Plus efficace que la nutrition parentérale sur l'amélioration du statut nutritionnel
-  Les SNG doivent être mises en place en structure hospitalière (radiographies de contrôle nécessaire)

Indications éventuelles	<ul style="list-style-type: none">• Uniquement si tube digestif fonctionnel ET amélioration de la qualité de vie prévisible• Donc, à envisager si :<ul style="list-style-type: none">> risque de décès par malnutrition supérieur au risque de décès lié à la pathologie sous-jacente> cause identifiable et réversible à la perte de poids> dysphagie avec plainte d'une sensation de faim ou inquiétude quant à une éventuelle dénutrition
Contre indications	<ul style="list-style-type: none">• Sténose digestive ou occlusion• Trouble de la motilité digestive• Carcinose péritonéale• Malabsorption• Non indiquée chez les patients ayant une espérance de vie de quelques jours/semaines ou une démence avancée
Effets indésirables	<ul style="list-style-type: none">• Troubles hydroélectrolytiques, hyperglycémie• Syndrome de renutrition inappropriée : hypokaliémie, hypocalcémie, hypophosphatémie, hypokaliémie par reprise du métabolisme cellulaire : risque de troubles du rythme cardiaque, de troubles neurologiques, troubles digestifs...•  Induit souvent une restriction d'activité• Douleur• Régurgitation (risque égal avec SNG et gastrostomie), risque pneumopathie d'inhalation sur reflux• Saignement au point d'insertion• Obstruction de la stomie• Diarrhée, constipation• Surcharge (oedème/prise de poids)

▼ **Nutrition parentérale (NP) : pour info, à réaliser en milieu hospitalier**

○  Uniquement sur voie veineuse centrale

Indications éventuelles	<ul style="list-style-type: none">• En pratique, principalement en cas de nausées, vomissements ou occlusion digestive chez un patient ayant au moins 3 mois d'espérance de vie, demandeur d'une NP et pour qui l'on en attend une amélioration en terme de qualité de vie
Non recommandée	<ul style="list-style-type: none">• Dysfonction d'organe sévère• Symptôme incontrôlé• Espérance de vie courte• Refus du patient
Effets indésirables	<ul style="list-style-type: none">• Contraignant : nécessite un passage IDE au moins deux fois par jour avec risque de diminuer la vie sociale• Sepsis, infection de cathéter• Hypo/hyperglycémie, troubles hydroélectrolytiques• Troubles hépatiques• Surcharge hydrosodée• Cholécystite• Ictère par insuffisance intestinale liée à maladie hépatique (IFALD) (favorisé par : excès calories, phytosterols, cholestase liée au manque d'alimentation entérale et/ou au sepsis)

▼ Déshydratation

- Favoriser autant que possible l'hydratation per os

▼ Rechercher les facteurs favorisant la baisse d'hydratation per os

- Difficultés techniques d'accès aux boissons
- Manque de stimulation à boire lié à l'isolement
- Diminution volontaire des apports pour réduire le nombre de mictions

- Augmenter si besoin les aides à domicile pour diminuer les freins à l'hydratation (recours aux travailleurs sociaux pour majorer le plan d'aide si besoin)

▼ Hydratation parentérale

- **Non systématique en soins palliatifs**
- **Discussion en équipe souhaitable**
- 🚩 Toute hydratation artificielle est considérée selon la loi Leonetti-Claeys comme un **médicament**, elle peut être considérée comme de l'**obstination déraisonnable**. Comme tout traitement, elle peut être suspendue ou jugée comme disproportionnée.

Indications éventuelles	<ul style="list-style-type: none">• Symptômes gênants pour le patient : confusion, soif non contrôlée malgré soins de bouche pluriquotidiens• Souhait du patient +/- de son entourage
Voie sous-cutanée (intima ou hypodermoclyse)	<ul style="list-style-type: none">• A privilégier sauf si présence d'un abord veineux préexistant à l'indication d'hydratation• 500ml/12h de NaCl ou [glucosé + NaCl 2g/l] par site de perfusion (<i>l'ajout de NaCl dans la perfusion favorise l'absorption</i>)• Changement de site toutes les 96h (en privilégiant le dos, le thorax, l'abdomen et les cuisses)• 🚩 <i>Au niveau abdominal : ne pas mettre sous les protections hygiéniques en raison du risque d'infection</i>• Possibilité de mettre 2 perfusions simultanément• 🚩 Ne permet pas d'administrer du potassium • Par rapport à la voie IV :<ul style="list-style-type: none">> Moins d'infection locale> Moins d'agitation> Plus facile à mettre en place> Augmentation du risque d'oedème et d'érythème local
Effets indésirables	<ul style="list-style-type: none">• Risque de surcharge• Augmentation des mictions

Dysphagie, dysgueusie :

▼ Dysphagie

▼ Objectifs de la prise en charge

- Maintenir une alimentation "plaisir" +++
- Diminuer les fausses routes et donc le risque de pneumopathie d'inhalation
- Diminuer le risque de dénutrition
- Réduire les angoisses (du patient et de son entourage vis à vis de l'alimentation)

▼ Prise en charge

- Rechercher une cause mécanique
- Rechercher une cause médicamenteuse favorisant assèchement muqueuse buccale et adapter le traitement si possible (🚩 bien évaluer la balance bénéfice risque avant de diminuer un traitement, notamment antalgique) :
 - Opioïdes
 - Psychotropes
 - Anticholinergiques
 - Métoclopramide, Dompéridone
 - 🚩 Oxygénothérapie
 - ...

▼ Prise en charge globale

- **Soins de bouche** adaptés (cf [thérapeutiques à visée buccale](#))
 - Bilan bucco dentaire si réalisable
 - **Repas** : position assise (si possible tronc à 90°), faire pencher la tête en flexion avant pour favoriser la déglutition, manger lentement, atmosphère calme
 - Surveillance du patient durant le repas
 - **Planification / anticipation** prises alimentaires (vue, odorat)
 - Aides techniques
 - Rééducation de la déglutition par **orthophoniste**
 - **Kinésithérapie bronchique**
-


▼ Si difficultés à la déglutition

- Favoriser
 - Alimentation **froide**
 - Aliments et boissons **stimulant sensibilité endo-buccale** : sel, poivre, acides, boissons pétillantes / aromatisées
- Eviter
 - Aliments fibreux (salade)
 - Graines (couscous, riz)
 - Texture enveloppante/collante (purée compacte)
 - Eviter l'usage de paille en cas de fausses routes

▼ Si douleur liée à la déglutition

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens en bain de bouche : cf [thérapeutiques à visée buccale](#)
- Anesthésiques locaux [avant](#) les repas pour faciliter l'alimentation (Xylocaïne®) : **attention risque de fausse route !**
(*si fausses routes en utilisant les anesthésiques avant le repas, les utiliser à distance*)
- Sucralfate en suspension buvable (Ulcars® 1 g) *si mucite* : **5ml 4/j après les repas** pendant 5 jours (diluer 2 sachets dans 1 verre d'eau)

▼ Si obstruction

- Corticoïdes (Prednisone®) à fortes doses (traitement d'attaque par voie injectable et relais per os) : dose de **1mg/kg à 2mg/kg maximum sur quelques jours**, puis recherche de la **dose minimale efficace**
- Selon étiologie et sur avis spécialisé, discuter d'un traitement par : dilatation endoscopique, endoprothèse oesophagienne, désobstruction au laser, radiothérapie palliative
-  Penser à éliminer et traiter une éventuelle mycose oesophagienne

▼ Nutrition artificielle sur avis spécialisé

- cf [Prise en charge de l'anorexie, de l'amaigrissement, questions de la nutrition et de l'hydratation](#)
-

▼ Dysgueusie

- Peut être améliorée par les **soins bucco dentaires**
 - A l'heure actuelle, aucun traitement médicamenteux n'a fait la preuve de son efficacité pour la prise en charge de la dysgueusie
-


Thérapeutiques à visée buccale :

- Évaluer quotidiennement l'état buccal (grille d'évaluation : www.best.ugent.be)
- **Informé et impliquer le patient et l'entourage dans les soins**


▼ Objectifs de la prise en charge

- Faciliter l'alimentation et la digestion
- Améliorer la respiration
- Aider au confort
- Éviter la douleur
- Prévenir les infections
- Favoriser la communication

▼ Soins de bouche systématiques

- A proposer **au minimum après chaque repas** (à distance en cas de nausées) ou **2 à 3 fois par jour en l'absence d'alimentation**
- Avec **entretien des prothèses dentaires** à chaque soin
Discordance des sources sur le fait d'enlever la nuit ou non les prothèses dentaires, à adapter à l'état de la muqueuse buccale
-  **Pas d'antiseptiques locaux dans une bouche propre non lésée**

- Maintien du brossage de dents autant que possible (sauf saignement d'origine hématologique)
 - **Non traumatique** (brosse à dents souples voire très souples ; pas de brosse à dents électrique ni cure dent)
 - Dentifrice *sans menthol, sans additifs, non abrasif*
 - **Rinçage** soigneux

- A défaut de brossage :
 - **Bâtonnets** non aromatisé, glycinés  CI si oxygénothérapie) ou non
 - **Compresse** appliquées avec doigts gantés *si saignement gencives ou patient inconscient*

- Maintien de l'humidité buccale
 - **Boissons** abondantes si possible (eaux, thé, tisanes, boissons à base de cola)
 - **Eau gélifiée** si troubles de la déglutition
 - **Compresse humides** sur les lèvres ou brumisateur (**spray aromatisé** si mauvais goût ou odeur résiduelle)
 - **Glaçons**, glace pilée, glaces à l'eau et sorbets
 - **Cubes d'ananas** à sucer ou mastiquer (propriétés antiseptiques)
 - **Gommes** à mâcher, bonbons à la menthe, chewing gum

▼ Selon l'état de la bouche

▼ Bouche sale

- Augmenter **fréquence** des soins

Objectifs	Soins proposés
Nettoyer	<ul style="list-style-type: none">• Bains de bouche au bicarbonate de sodium> ½ à 1 cuillère à café de bicarbonate dans 1 verre d'eau> Ou comprimés effervescents pour bains de bouche (Bicarome®)> Ou solution bicarbonate de sodium 1,4% (Solucare®)
Déterger	<ul style="list-style-type: none">• Boisson à base de cola• Fruits frais (morceaux de kiwi ou ananas congelés)• Eau pétillante • Retirer dépôts et croûtes> Eau oxygénée> Comprimés de vitamine C> Brosser la langue
Lubrifier les lèvres	<ul style="list-style-type: none">• Vaseline, lanoline, beurre de cacao (contre-indiqués si oxygénothérapie 🚫)• Gel K-Y® et BioXtra® utilisables chez les patients sous oxygène
Stimuler production de salive	<ul style="list-style-type: none">• Glaçons ou glace pilée (aromatisés ou non)• Gomme à mâcher
Si stimulation salivaire insuffisante	<ul style="list-style-type: none">• Bâtonnets glycinés neutres• Brumisateur• Salives artificielles

▼ Bouche hémorragique

- Alimentation froide / non irritante / molle
- **Comprimer** ou faire mordre une compresse (possibilité d'utiliser un sachet de **thé**)
- **Brossage à proscrire, éviter prothèses dentaires jusqu'à cicatrisation ou normalisation des plaquettes**
- **Acide tranexamique** (Exacyl®) en bain de bouche ou en tamponnement
- **Lidocaïne/adrénaline** en tamponnement ou badigeonnage (attention au risque de **fausse route**, à faire à distance des repas)

▼ Bouche sèche

Non médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> • Humidifier <ul style="list-style-type: none"> > Boire eau, eau gélifiée, yaourt, potage, boissons pétillantes, thé/tisane froide > Pulvérisation d'eau en l'absence de fausse route / brumisateur > Humidificateur d'air • Stimuler salivation <ul style="list-style-type: none"> > Boissons pétillantes non sucrées, jus de fruit frais, glaçons, bonbons > Gomme à mâcher > Bonbons acidulés
Bains de bouche au bicarbonate de sodium	<ul style="list-style-type: none"> > ½ à 1 cuillère à café de bicarbonate dans 1 verre d'eau > Ou comprimés effervescents pour bains de bouche (Bicarome®) > Ou solution bicarbonate de sodium 1,4% (Solucare®)
Lubrifiants	<ul style="list-style-type: none"> • En l'absence d'oxygénothérapie <ul style="list-style-type: none"> > Paraffine gel : prévoir un soin de bouche 1h après pour nettoyer le gel > Lubrifiant gras (lanoline, vaseline, beurre de cacao) si lèvres fissurées • Utilisables chez les patients sous oxygène : K-Y® (à placer au réfrigérateur) et BioXtra®
Humectants	<ul style="list-style-type: none"> • Salive artificielle en spray ou en gel • Bâtonnets gras en fin de soins • Gels <ul style="list-style-type: none"> > Solutions aqueuses de glycérol > Aequasyl Spray®: 1 pulvérisation dans chaque joue 3/j > Artisial®: 1 pulvérisation 6 à 8/j

▼ Hypersialie

- Écran protecteur sur lèvres
- Installation en position 3/4 assis
- Scopolamine (Scopoderm®) : débiter par **1 patch de 1mg/72h**, possibilité de mettre jusqu'à trois patchs simultanément en fonction de l'efficacité et de la tolérance
■ Non remboursé !
- Atropine : en collyre 0.5% ou 1%, **1 goutte en sublingual toutes les 4h**. Possibilité d'augmenter la posologie jusqu'à 3 gouttes par prise si insuffisant
- Sur avis spécialisé : injection de **toxine botulique** dans les glandes parotides ou **radiothérapie**

▼ Mucite

- Favoriser :
 - Repas léger et fréquent
 - Alimentation liquide ou mixée (surtout si trouble de déglutition)
 - Alimentation froide à température ambiante ou glacée
- Éviter aliments :
 - Durs ou croquants (noisettes, chips...)
 - Acides (agrumes, tomates, raisin, pommes, fraises, vinaigre, moutarde...)
 - Epicés
 - Frits et/ou salés (biscuits apéritifs, cacahuètes...)
 - Irritants (gruyère, noix, ananas...)
- Dans tous les cas, adapter l'alimentation au patient et favoriser l'alimentation plaisir
- Penser à traiter une éventuelle mycose associée

Anti-ulcéreux	Ulcicar® 1g (sucralfate) : 5ml 4/j après les repas pendant 5 jours (diluer 2 sachets dans 1 verre d'eau)
Bains de bouche alcalins	<ul style="list-style-type: none"> • Bicarbonate de sodium > ½ à 1 cuillère à café de bicarbonate dans 1 verre d'eau > Ou comprimés effervescents pour bains de bouche (Bicarome) > Ou solution bicarbonate de sodium 1,4% (Solucare)
Anti inflammatoires locaux (ne pas avaler !)	<ul style="list-style-type: none"> • Betneval® 0,1mg buccal (bétaméthasone) > 5-10 comprimés à sucer/j pendant quelques jours (ne pas croquer) • Dermoval® (clobétasol propionate) > application ponctuelle sur la muqueuse buccale pendant quelques jours • Solupred® effervescent (prednisolone) > 60mg dilué dans 250ml d'eau, > 3-4 bains de bouche/j pendant quelques jours • Aspegic® 1000mg > 3 bains de bouche/j
Anesthésiants locaux	<ul style="list-style-type: none"> • Badigeonnage avec compresses de lidocaïne visqueuse ou crème 2 % • Lidocaïne spray <p>Attention risque de fausses routes</p>
Antalgiques par voie générale (IV ou PO)	<ul style="list-style-type: none"> • Majorer les antalgiques de palier 1, 2 ou 3 si nécessaire • Corticoïdes
Nutrition artificielle	A discuter selon sévérité de la mucite

▼ Aphtes

○ Penser au diagnostic différentiel d'herpès buccal

▼ 1ère intention : antalgiques locaux + traitement local

Hygiène buccale	<ul style="list-style-type: none">• Soins dentaires si possible (détartrage)• <i>Eviter bain de bouche alcoolisé, stick à lèvres glyciné qui assèche, produits à base de citron, épices, sodas, vinaigre, alcool, acide, noix, gruyère</i>• Bicarbonate<ul style="list-style-type: none">> Solucare® en solution : 3/j pendant 5 jours> Bicarome® en comprimé : 3/j pendant 5 jours> en poudre : 1 c à c 3/j pendant 5 jours
Bains de bouche anti-ulcéreux	<ul style="list-style-type: none">• Ulcar* ® 1 g (sucralfate)<ul style="list-style-type: none">> 5ml 4/j après les repas pendant 5 jours (diluer 2 sachets dans 1 verre d'eau)
Antalgiques locaux	<ul style="list-style-type: none">• Gel<ul style="list-style-type: none">> Pansoral* ® (Salicylate de choline chlorure de cetalkonium) : 1 à 4/j pendant 5 jours> Aftagel* ® (sulfate de zinc, lidocaïne) : 1 à 2/j pendant 5 jours> Lidocaïne visqueuse à 2 % : 3/j, à distance des repas (risque de fausses routes !)> Pyralvex gel* ® (racine rhubarbe, acide salicylique) : 4/j pendant 5 jours• Solution gingivale<ul style="list-style-type: none">> Pyralvex solution* ® (racine rhubarbe, acide salicylique) : 4/j pendant 5 jours• Comprimés<ul style="list-style-type: none">> Aptoral* ® (chlorhexidine, tétracaïne et acide ascorbique) : 1cp à sucer toutes les 2 heures, max 4/j, pendant 5 jours> Drill* ® (chlorhexidine, tétracaïne) : 1cp à sucer toutes les 2 heures, max 4/j, pendant 5 jours> Lysopaine* ® (lysozymes, cetylpyridinium) : 1cp à sucer toutes les 2 heures, max 6/j, pendant 5 jours• Bains de bouche paracétamol

*non remboursé



▼ 2ème intention : bain de bouche antiseptiques locaux +/- protecteurs

<p>Protecteurs / cicatrisants</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gel acide hyaluronique <ul style="list-style-type: none"> > Bloxaphte* ®: 3/j pendant 5 jours > Borostyrol* ®: 3/j pendant 5 jours > Hyalugel* ®: 5/j pendant 5 jours • Solution gingivale <ul style="list-style-type: none"> > Urgo aphte filmogel* ® (dérivés cellulosiques, acide carboxylique, acide minéral) : 1 application avant les repas, max 4/j pendant 5 jours • Comprimés <ul style="list-style-type: none"> > Lyso-6* ® (lysozymes pyridoxine) : 1cp à sucer toutes les heures, max 8/jour pendant 5 jours (contre indiqué si traitement par levodopa !)
<p>Antiseptiques locaux (<i>éviter ceux à base d'alcool</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chlorhexidine 0.12% : 15 ml pur 2-3/j en bain de bouche pendant 5 jours
<p>Anti inflammatoires locaux (<i>ne pas avaler !</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buccobet* ® 0,1mg buccal (bétaméthasone) <ul style="list-style-type: none"> > 5-10 comprimés à sucer/j pendant quelques jours (ne pas croquer) • Dermoval* ® (clobétasol propionate) <ul style="list-style-type: none"> > application ponctuelle sur la muqueuse buccale pendant quelques jours • Solupred* ® effervescent (prednisolone) <ul style="list-style-type: none"> > 60mg dilué dans 250ml d'eau PPI > 3-4 bains de bouche/j pendant quelques jours • Aspirine* ® 1g <ul style="list-style-type: none"> > 1 sachet dilué dans ½ verre d'eau > 1 bain de bouche/j pendant quelques jours (<i>à éviter sur bouche hémorragique</i>)

*non remboursé

▼ Candidose

Traitement curatif uniquement, jamais en prophylactique

Soins systématiques de base	NaCl, hydrosol polyvitaminé, bicarbonate de sodium
Antifongiques locaux <i>Indications : Candidoses minime à modérée</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Amphotéricine B (Fungizone ® 10%) <ul style="list-style-type: none"> > Suspension buvable, 3 à 4 c à c de 5mL /j > A distance des repas pendant 15 à 21j • Miconazole <ul style="list-style-type: none"> > Loramyc® 50mg en comprimé gingival muco-adhésif : 1/j de préférence le matin pendant 7-14 jours. Arrêt possible dès la disparition des symptômes > Daktarin® 2% gel : 2.5ml à appliquer 4/j après les repas, pendant 7-15j. A poursuivre 7j après la disparition des symptômes • Nystatine (Mycostatine®) suspension buvable 100 000UI/ml <ul style="list-style-type: none"> > 1 à 6ml 4-6/j en badigeonnage local > A poursuivre 48h après disparition des symptômes <p>  <i>Minimum 3 minutes de contact pour être efficace</i>  <i>Ne pas mélanger suspension buvable avec bicarbonate</i> </p>
Antifongiques systémiques <i>Indications : Candidose étendue, sévère. Malades greffés en hématologie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Fluconazole (Triflucan®) poudre / suspension buvable / gélule : <ul style="list-style-type: none"> > dose de charge de 200 à 400mg le 1er jour > puis 50 à 200mg 1/j pendant 7 à 21j > possibilité de traiter 28j à 50-100mg par jour si candidose chronique

○ **Si sévères étendue ou récidivante** : prélèvement des lésions

○ Si absence d'amélioration sous 8 jours, discuter un traitement antifongique IV (Amphotéricine B ou Fluconazole, à adapter au prélèvement)

▼ Herpès labial

Soins locaux	<ul style="list-style-type: none">• Lidocaïne visqueuse à 2 %• Vaseline (sauf oxygénothérapie)• Aciclovir 5% crème : 5/j pendant 4j
Traitement Per Os ou IV en cas d'infection sévère	<ul style="list-style-type: none">• Valaciclovir Per Os (Zelitrex®) : 500mg 2 cp 2 fois par jour pendant 1 jour• Aciclovir Per Os (Zovirax®) : 200mg 5/j pendant 5-10j (existe en comprimés ou solution buvable)• Aciclovir IV : 5mg/kg/8h pendant 5 à 10j

▼ Halitose : mauvaise haleine

- Traitement à proposer uniquement si gêne pour le patient ou son entourage

- Soins dentaires si nécessaire
- Spray aromatisés, chewing-gum, bonbons à la menthe
- Si **surinfection bactérienne** dentaire : Métronidazole (Flagyl®) en bain de bouche
Si insuffisant : Métronidazole 500mg x3/j Per Os ou Amoxicilline 1g 2/j pendant 5j
- Si **reflux gastro-oesophagien** : IPP

▼ Perlèche

- Traitement antifongique local ▶ Kétoconazole (Ketoderm®) crème 1-2/j pendant deux semaines
 - Antibactérien (Acide fusidique (Fucidine®)) si surinfection staphylococcique (impetigo) : **1 à 2 application par jour** pendant une semaine
Si sujet édenté : Avis spécialisé
-

▼ Annexe : classes thérapeutiques et préparation des bains de bouche

Classe thérapeutique	DCI	Nom Commercial	Préparation bain de bouche
Anesthésiques locaux	Lidocaïne	Dynexangival® 1% (crème buccal) / Dynexan® 2% / Xylocaïne visqueuse 2% (gel oral)	
Antiseptiques	Chlorhexidine	Paroex®, Buccosoin®, Eludrilperio®, Prexidine®	Pas de préparation Posologie : 2-3 fois/j
Antiinflammatoires stéroïdiens	Méthylprednisolone	Solumedrol®	250 ml Bicarbonate de sodium 1,4% + 40 à 120mg Méthylprednisolone Posologie : 3-4 fois/j <i>*possibilité d'ajouter un ½ flacon de lidocaïne à 1%</i>
Antiinflammatoires non stéroïdiens	Acide acétylsalicylique	Aspegic® Aspirine®	500mg dilué dans de l'eau Posologie : 3 fois/j
Antifibrinolytiques	Acide tranexamique	Exacyl®	250 ml Bicarbonate de sodium 1,4% + 2 ampoules acide tranexamique buvable 1g/10ml Posologie : 2-3 fois/j
Antiulcéreux	Sucralfate	Keal® / Ulcar®	1 sachet d'1g pur ou dilué dans de l'eau Posologie : 3 fois/j
Antiviraux	Aciclovir / Valaciclovir	Zovirax® / Zelitrex®	
Lubrifiant	Paraffine	Lansoyl®	
Substituts salivaires	Correcteurs d'hyposialie	Aequasyal®, Artisial®	

SERMENT D'HIPPOCRATE

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”