

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SUPERIEURS ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE

UN BUT

UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES  
TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTOSTOMATOLOGIE

## THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

### THEME

# PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU POINT G

Présentée et soutenue publiquement le 04/06/2022  
par

Mlle WEMBE SOP DIAKE Magne Cindy

### JURY

Président : Pr. Cheick Bougadari TRAORE

Membre : Dr Fatoumata SIDIBE

Co-directeur : Dr Boubacari Ali TOURE

Directeur : Pr. Bakarou KAMATE



**DEDICACES &  
REMERCIEMENTS**

## PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G

### Dédicaces

#### *A l'Éternel DIEU tout puissant*

Que ceux qui ne te connaissent pas viennent je leur explique combien tu es bon, combien tu es grand, combien tu fais tout ce que tu dis, comment tu es le secours, combien tu es le rempart. Seigneur tu es celui qui jamais ne m'a tourné le dos alors que puis-je dire à part que tu es digne d'être loué Seigneur. Merci père

#### *A papa DR Wembe Sop Diake H*

Très cher père de toi je tiens beaucoup, si aujourd'hui je suis la femme que je suis c'est grâce à toi. Tes efforts n'ont pas été vains, je te dédie ce document qui peut-être n'est qu'un bout de papier mais représente mon travail acharné. J'espère te rendre encore plus fier que tu ne l'es déjà. Merci Papa affectueusement ta « grande sœur ».

#### *A maman DR Wembe Sop Marie L*

Mon Dieu sur terre, mon amour, ma meilleure amie tu m'as tout donné, absolument tout. Que puis-je dire ? tu dis souvent que je suis forte, mais aujourd'hui je te dirais que tu m'inspires tu es plus que brillante mère. Que Dieu te donne longue vie je te rendrais encore plus heureuse.

#### *A DR Wembe Sop Diake B*

Le calendrier s'est trompé sinon de base nous sommes jumeaux. Caractère opposé nous savons su transcender nos différences pour aujourd'hui être soudés frérots. Que notre entente perdure à jamais. Merci Dogo dogo

#### *A mes ancêtres*

Aujourd'hui vous n'êtes certes plus, mais descendre d'une lignée comme la vôtre est un honneur. J'espère être sur le bon chemin... Comme un dicton dit chez nous si sur ma route je devrais heurter un caillou je suis convaincue que vous saurez l'ôter. Je vous remercie

#### *A feu Danleu D. Jeannot*

Tu étais l'un des plus beaux cadeaux que la vie m'a offert, tu étais mon homme selon le projet de Dieu. Ce travail je te le dois, car tu as été présent depuis le début. J'écris ces mots en larme, de toute façon tu sais que je suis une grande pleureuse mais je sais que de là-haut tu es plus que fier de moi. Compagnon de vie, celui qui me motivait, me soutenait, était présent même dans sa souffrance. Ya aucune expression française pour te dire merci bijou...Si aujourd'hui je suis la femme que je suis c'est certainement parce que j'avais l'homme qu'il fallait à mes côtés.

## **PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

L'amour dans ce bas monde je l'ai connu. T'inquiète bijounette reste forte comme tu me l'as appris. Tu me manques, puisse tu faire rire les anges comme tu faisais transparaître le plus beau sourire du monde (comme tu aimais le dire) sur mon visage...Je t'aime amour

### ***Au Dr Ines Molo***

Mater de moi, tu n'es pas toujours présente mais tu es là exactement quand il le faut. Je te dis merci pour tout. Merci pour ta sagesse, tes conseils...Merci à Dieu de t'avoir mise sur mon chemin.

### ***A la famille YOUMTO***

Famille de cœur, un sage disait que c'est lorsque tout va mal que l'on reconnaît les vrais ; je peux dire sans risque de me tromper que vous êtes ces vrais-là. Ce travail est le votre car à travers lui mes petits frères verront que le travail paie.

### ***A la famille DANLEU***

Je n'aurais pas pu rêver mieux en termes de famille d'accueil. Vous m'avez ouverte la porte de chez vous, et je me suis immédiatement senti comme chez moi On a pleuré ensemble, on a prié ensemble, on s'est soutenu mais Dieu en a décidé autrement. Ce travail est surtout pour vous prouver qu'au-delà de tout j'ai pu tenir bon et faire ce pourquoi j'étais ici. Je vous dis du fond du cœur merci. Un ange comme lui ne pouvait venir que d'une famille en or comme la vôtre.

### ***A Yvan G.***

Mon souffre-douleur. 10 ans d'amitié, de fraternité. Quand je vois tout ce par quoi nous sommes passés et où nous en sommes ce jour je peux affirmer sans risque de me tromper que Dieu donne ses plus grands combats à ses plus forts. De nos longues conversations je grandis, tu me motive chaque jour et tu es un exemple pour moi. Je t'aime bro

### ***A Orelia N.***

J'aurais aimé que tu sois présente, que tout soit comme avant. Mais on grandit, je te dis merci pour tout K. Je t'aime d'un amour sincère cœur pur.

### ***Au Dr Adhemar C.***

Aujourd'hui je peux affirmer que tu fais partie des personnes qui veillent sur moi au quotidien. Toujours disponible, tu m'as prouvé que sur cette terre il existe des personnes bienveillantes. Je ne sais comment a pu naître une si belle amitié mais je souhaite qu'elle perdure. Tes conseils, ton soutien bref I got your back

## **PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

*Au Dr Vanessa K.*

Que puis-je dire que tu ne sache déjà ? Tout d'abord merci car je te dois ces 10 dernières années de bonheur dans ma vie. Ton amitié m'est si précieuse que ni le temps ni la distance n'a pu effriter cela, je dirais même bien au contraire sur toi je peux compter les yeux fermés. Merci pupuce.

*Au Dr Ibrahim M.*

Tu as été là au moment exact décidé par Dieu. Tu es l'exemple même de la personne qui soutient l'autre sans savoir pourquoi. Tu occupes une belle place dans ma vie et je te remercie pour tout. Je me souviens de nos disputes au tout début de ce document et j'en rigole. Tu es une personne avec un si grand cœur. Puisse le très haut réaliser les projets de ton cœur. Tu sauras toujours compter sur moi.

*A Ivan K.*

Nous avons bravé le numerus. Compagnon d'étude depuis la 1ere année, si j'en suis là aujourd'hui c'est parce que Dieu a su te mettre sur mon chemin. Je pense que je n'aurais pas vaincue ma paresse si tu n'avais pas été là pour me tirer vers le haut. Merci d'être présent Dr bidou. Je te souhaite une belle carrière ami.

*A Christelle Y.*

Pour ta personnalité exceptionnelle, ton grand cœur et pour ton amitié si précieuse qui dure depuis tant d'années je te dis merci. Merci pour ces moments ensemble. Le Seigneur qui connaît les désirs profonds de ton cœur te comble.

*A Stella S.*

Mafoda suffo stella, tu es l'une des personnes les plus maternelles que je ne connaisse, avec un vrai cœur d'artichaut (oui j'ai trahi). Mon crush de la 1ere année. Ces derniers temps tu as été d'un très grand réconfort. Tu ne sais tout le bien que cela m'a procuré. Je ne peux que remercier Dieu pour la grâce de t'avoir dans ma vie.

*A Nina T. et Adama M.*

Mes namours, les petites sœurs de cœur que la vie m'a gracieusement offert...toutes les 3 si différentes mais tellement compatibles. Vous êtes des petits bouts de femmes super fortes. Si la vie vous donne des citrons faites en des limonades. Je ne serais jamais bien loin de vous soyez en rassuré.

## **PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

### ***A Leocadie M***

L'apôtre par excellence, la mère de tous. Tu es dotée d'une sagesse inouïe, douce et tendre quand il le faut, ferme lorsque cela est nécessaire. Ton merci ne finit pas. Le chemin est encore long mais au final je cocherai toutes les cartes.

### ***Au Dr richi D***

On a tout de suite accroché, puis pour diverses raisons nous nous sommes éloignés... Tu as ton caractère bien à toi qu'aujourd'hui j'ai fini par accepter et cela facilite nos rapports. Je te dis merci d'avoir été là, je te dis merci d'être là... Des vertes et des pas mûrs tu en connaîtras encore et encore mais reste toi-même. Je vous souhaite un better life avec un better future

### ***A Dr Maurine K.***

Mon « l'ami » je souhaite à tout le monde d'avoir une personne qui les pousse à chercher Dieu. Tu as été la bonne personne au bon moment, quand j'avais besoin de sa face tu m'as fait me reconnecter avec lui. C'est le plus beau cadeau que tu pouvais m'offrir. Que jamais rien ne détourne de la face de Dieu

### ***A Alix T. et Dr Modo***

Sœurs de cœur ,10 ans que vous êtes des fondants à la crème dans ma vie. Tellement bienveillantes, vous êtes de belles personnes. Je vous dis merci d'être là. Que Dieu veille sur vous ainsi que votre famille.

### ***A frederique Owono***

Mme wesh wesh Mme ma fille tu es tellement pétillante et énergique qu'on ne saurait te contenir. J'ai expérimenté le fait d'être une grande sœur avec toi, j'espère n'avoir pas trop manqué à mon devoir. Puisse le Dieu que tu sers te faire grandir en sagesse... Belle future carrière jeune fille

### ***Au Dr Lahassana C.***

Tu es l'une des plus belles personnes que je ne connaisse, brillant médecin tu m'as très souvent servi d'exemple. Je te dis merci d'avoir été là et d'être là jusqu'à ce jour. Puisse le tout puissant Allah te récompenser au centuple

## **PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

***À Majio P.***

Tchizou d'avoir eu le réel bonheur de te rencontrer en tant que mon binôme inégalable de médecine depuis nos premiers stages. Quelle complicité née en si peu de temps. Cher binôme de stage en passant par les palliatifs je sais que tu auras une belle carrière.

***A Kader D.***

The right moment at the right place.

**À mes parents de Bamako : Dr Cedric Ymele, Dr Gilles Aghoani, Dr Gregory Ngueyem, Dr Cyrille Mbassi**

Vous m'avez accueilli dans ce pays qui m'était complètement inconnu, vous en avez fait une terre d'hospitalité un chez moi. J'ai toujours su compter sur vous dès le départ. Je vous dis merci pour tout.

**Aux Dr Estelle K, Dr Jacques K, Dr Artial N, Dr Fabrice K**

De ce périple pour Lome pour les uns ou encore de ce beau séjour à Abidjan pour les autres je garde des souvenirs inoubliables. Je rêve de nos prochaines parties de Ludo. Merci encore.

**À mes oncles et tantes, cousins et cousines**

La famille est sacrée et je sais que de près ou de loin vos prières m'ont accompagné, pour cela je vous en remercie.

**Au MALI**

Le grand Maliba, terre d'accueil ce pays m'a vu grandir, m'a forgé, m'a enseigné l'abnégation, le calme, la tempérance. Très cher Maliba terre d'hospitalité « aw ni tchié ».

**À mes chers maitres Dr Bathily, Dr Samake, Dr Aicha**

Merci pour l'enseignement, merci pour l'écoute, merci pour les conseils, merci pour les échanges ; vous êtes pour moi des exemples. J'espère être à votre hauteur sinon faire mieux que vous plus tard au cours de ma carrière médicale.

**A la promotion Alsace**

Alsace tchop tes dos. Nous avons grandi ensemble. Merci pour tous ces moments passés ensemble durant toutes ces années. Je reconnais ne pas être le camarade de promotion par excellence et je vous prie de m'excuser pour cela. Je suis très fière de faire partie des vôtres. Je souhaite à chacun d'entre vous beaucoup de succès et de réussite dans vos différentes carrières.

## **PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

### **Aux différentes promotions de l'AEESCM**

Merci pour tout le soutien et pour tous les moments passés ensemble.

### **A tout le personnel du service d'héματο-oncologie du CHU point G**

Je vous remercie pour tous les enseignements et les échanges au cours de cette période de thèse. Vous avez contribué chacun à votre manière à rendre mon séjour auprès de vous très agréable.

### **Aux internes du service d'héματο-oncologie**

Je vous remercie pour toutes ces journées passées ensemble au service. Ça n'a pas toujours été facile, telle une famille il ya eu des prises de tête, des incompréhensions, des fous rires, des moments de partage de repas mais je pense qu'on s'en est toujours sorti. Je vous souhaite une excellente carrière chers collègues

**Aux patients atteints de cancer et vos familles au long du parcours votre histoire est devenue la mienne, est-ce une coïncidence ? Je dirais non car tout avait déjà été établi. Que vos bénédictions à mon rencontre puisse prendre vie. Vous êtes les plus forts, puissiez-vous sortir victorieux de ce lourd combat. Puisse le Seigneur vous fortifier quel qu'en l'issue de cela.**

**À tous ceux que j'ai oublié de mentionner dans ce document, je vous demande pardon mais sachez que malgré le fait que vos noms n'y figurent pas, vous avez une place dans mon cœur et dans mon esprit ; pour ça je vous dis merci**

**Je ne saurais terminer sans me remercier moi-même car je suis fière de moi, ce travail est la preuve que je suis une femme forte, j'ai pu braver les difficultés, j'ai pleuré, crié, j'ai été tenté d'abandonner à plusieurs moments mais j'ai tenue bon. To me myself and I tu as de plus grande chose à accomplir écoute toi et reste focus...**





**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

---

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET  
DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

**À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

**Professeur Cheick Bougadari TRAORE**

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la F.M.O.S**
- **Chef du Département d'Enseignement et de Recherche des Sciences Fondamentales à la FMOS de l'U.S.T. T-B**
- **Chef de service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques au CHU du Point G**
- **Chercheur et praticien hospitalier au CHU du Point G**
- **Président de la Société Malienne de Pathologie (S.M.P)**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali**

**Cher maître,**

Immenses sont l'honneur et le privilège que vous nous faites en présidant ce jury. Nous ne saurons exprimer que par des mots tout le bien que nous pensons de vous. Vos qualités de pédagogue, votre grande culture médicale et vos qualités humaines nous ont émerveillés. Votre disponibilité, votre amabilité, et votre rigueur professionnelle font de vous un maître respecté, écouté et admiré. Veuillez accepter, cher maître, nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET  
DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur Fatoumata SIDIBE**

- **Spécialiste en Oncologie médicale**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point-G**
- **Membre de l'American Society of Clinical Oncology (ASCO)**
- **Membre de l'European Society of Medical Oncology (ESMO)**

**Cher maître,**

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce Jury. Nous avons admiré la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre souci constant de la bonne formation des étudiants font de vous un modèle à suivre.

Cher maître, veuillez agréer ici notre profonde gratitude.

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET  
DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

**À NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE**

**Docteur Boubacar Ali TOURE**

- **Médecin hématologiste**
- **Assistant en hématologie à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)**
- **Responsable de l'unité de consultation et hospitalisation du Centre de Recherche et de lutte contre la Drépanocytose (CRLD)**
- **Membre de la Société Africaine Francophone d'Hématologie (SAFHEMA)**
- **Membre de la société Française d'Hématologie (SFH)**
- **Membre de la société Malienne d'Hématologie et d'Oncologie (SO.MA.HO)**

**Cher maître,**

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de nous codiriger témoigne à suffisance de votre intérêt vis-à-vis de l'encadrement des plus jeunes. Votre abord facile et votre courtoisie en plus de vos qualités scientifiques ont facilité le déroulement de cette étude.

Veillez croire cher Maître, en l'expression de notre profonde gratitude.

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET  
DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

**À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :**

**Professeur Bakarou KAMATE**

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T.B).**
- **Chercheur et Praticien hospitalier au CHU-Point G.**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.**
- **Secrétaire Général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie (AIP/DAF).**
- **Secrétaire Général de la Commission Médicale d'Établissement (CME) du CHU du Point G.**
- **Secrétaire Général de la Société Malienne de Pathologie (SMP).**

**Cher maître,**

Immenses sont l'honneur et le privilège que vous nous faites en dirigeant cette thèse. À travers vos précieux enseignements, que nous avons eu la chance de bénéficier au cours de nos études, vous avez forcé notre admiration tant par la grandeur de vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines notamment votre bienveillance à notre égard. L'homme de rigueur et de principe que vous êtes a cultivé en nous l'esprit du travail bien fait. Votre intérêt pour la ponctualité impose respect et admiration. Par-dessus tout vous êtes simplement un modèle d'excellence, c'est un véritable privilège pour nous de compter parmi vos étudiants.

Veillez agréer, cher maître, l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profond attachement



**TABLES DES  
ILLUSTRATIONS**

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET  
DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

**TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>2</b>
<b>GENERALITES .....</b>	<b>3</b>
<b>I. LES SOINS PALLIATIFS .....</b>	<b>3</b>
<b>II. LES SOINS DE SUPPORT .....</b>	<b>18</b>
<b>III. LE CANCER.....</b>	<b>18</b>
<b>MATERIELS ET METHODE.....</b>	<b>22</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>26</b>
<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>41</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>46</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>50</b>

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET  
DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

**LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau I:</b> Médicaments essentiels en soins palliatifs et leur indication .....	16
<b>Tableau II:</b> Répartition des patients selon la tranche d'âge .....	26
<b>Tableau III:</b> Répartition des patients suivant la profession .....	27
<b>Tableau IV:</b> Répartition des patients suivant le statut matrimonial .....	27
<b>Tableau V:</b> Répartition des patients suivant la résidence habituelle.....	28
<b>Tableau VI:</b> Répartition des patients selon leur critère de recours en SP .....	29
<b>Tableau VII:</b> Répartition des patients selon le stade de l'OMS .....	29
<b>Tableau VIII:</b> Répartition des patients suivant l'IMC.....	30
<b>Tableau IX:</b> Répartition des patients suivant les signes cliniques .....	30
<b>Tableau X:</b> Répartition de la douleur selon l'EVA.....	31
<b>Tableau XI:</b> Répartition suivant le site de la plaie .....	31
<b>Tableau XII:</b> Répartition suivant le type de plaie .....	32
<b>Tableau XIII:</b> Répartition selon la taille de la plaie.....	32
<b>Tableau XIV:</b> Répartition selon le type de cancer .....	33
<b>Tableau XV:</b> Répartition selon le type histologique du cancer.....	33
<b>Tableau XVI:</b> Répartition selon le stade du cancer.....	34
<b>Tableau XVII:</b> Répartition selon le siège des métastases .....	34
<b>Tableau XVIII:</b> Répartition selon le test PHQ-4 .....	35
<b>Tableau XIX:</b> Répartition selon le traitement anticancéreux reçus .....	35
<b>Tableau XX:</b> Répartition suivant le type de traitement antalgique .....	36
<b>Tableau XXI:</b> Répartition des patients ayant reçus la corticothérapie.....	36
<b>Tableau XXII:</b> Répartition suivant le nombre de patients sous antidépresseurs .....	36



**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET  
DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

**LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1</b> : Echelle des visages de douleur .....	11
<b>Figure 2</b> : Test de l'anxiété et la dépression PHQ4 test .....	24
<b>Figure 3</b> : Répartition des patients selon le sexe .....	26
<b>Figure 4</b> : Evolution des patients au bout de 6 mois.....	37



# **SIGLES & ABREVIATIONS**

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET  
DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

**LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>AEG</b>	: Altération de l'Etat General
<b>AINS</b>	: Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
<b>APCA</b>	: African Palliative Care Association
<b>ARV</b>	: Antirétroviral
<b>ASCO</b>	: American Society of Clinical Oncology
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalier Universitaire
<b>EN</b>	: Echelle Numérique
<b>EVA</b>	: Echelle Visuelle Analogique
<b>EVS</b>	: Echelle Verbale Simple
<b>HADS</b>	: Hospital Anxiety and Depression Scale
<b>HOM</b>	: Hémato-oncologie Médical
<b>IMC</b>	: Indice de Masse Corporelle
<b>MARDS</b>	: Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale
<b>OMI</b>	: Œdème des Membres Inférieurs
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>PHQ4</b>	: Patient Health Questionnaire
<b>PIC</b>	: Processus intracrânien
<b>SFAP</b>	: Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
<b>SP</b>	: Soins Palliatifs
<b>TOC</b>	: Trouble Obsessionnel Compulsif
<b>USP</b>	: Unité de Soins Palliatifs
<b>VIH</b>	: Virus de l'immunodéficience humaine



# **INTRODUCTION**

## **INTRODUCTION**

La question sur la fin de vie préoccupe de nombreux acteurs de santé, des soignants, des patients et jusqu'à l'autorité de l'Etat. Devant cela, il y a cette volonté et tendance d'augmenter l'espérance de vie, raison majeure à développer la prise en charge précoce des maladies chroniques ou potentiellement mortelles. Le monde de nos jours connaît une augmentation de l'incidence de ces maladies avancées nécessitant une prise en charge en soin palliatif. [1] [2]

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.[3]

La douleur étant un des symptômes fréquemment éprouvés, les patients atteints de cancers représenteraient 34% des requérants aux soins palliatifs. En 2018, 18,1 millions de nouveaux cas de cancer furent recensés par l'OMS ; ces chiffres se voulant grandissant en 2040, ils pourraient être compris entre 29 à 37 millions de cas.[4]

L'OMS estime que, chaque année, 40 millions de personnes ont besoin de soins palliatifs et que 78% d'entre elles vivent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et près de la moitié d'entre eux sont en Afrique. [4]

Malgré cet état de fait, les soins palliatifs proprement dits restent peu courants au Mali. Devant le manque de données sur la question des soins palliatifs au Mali, notre étude se propose d'étudier le profil des patients en soins palliatifs pris en charge au service d'hémo-oncologie du CHU du point G.



# **OBJECTIFS**

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Étudier le profil des patients en unité de soins palliatifs

### **Objectifs spécifiques**

- Déterminer les paramètres sociodémographiques des patients en unité de soins palliatifs
- Préciser les critères de recours aux soins palliatifs
- Décrire l'aspect clinique des patients admis en unité de soins palliatifs
- Déterminer les cancers prédominants en unité de soins palliatifs
- Définir la prévalence des états anxiodépressifs chez les patients en unité de soins palliatifs
- Décrire l'évolution des patients en soins palliatifs



# **GENERALITES**



# GENERALITES

## I. LES SOINS PALLIATIFS

### 1. Définition [5-6]

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs :

- Procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants,
- Soutiennent la vie
- Considèrent la mort, comme un processus normal et n'entendent ni l'accélérer ni la repousser,
- Intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients,
- Proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort,
- Offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil,
- Utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil,
- Peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie,
- Sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de

## **PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

Cette définition rejoint parfaitement celle de l'African Palliative Care Association (APCA) qui elle estime que les soins palliatifs sont le type de soins que nous souhaiterions tous pour nous-mêmes et pour les personnes que nous aimons. Ils procurent un soulagement des douleurs physiques, psychologiques et spirituelles inutiles causées par des maladies mortelles depuis le diagnostic jusqu'à la fin de la vie et même un soutien en cas de deuil pour les membres de la famille.

## **2. Historique [6,7,8]**

Elles existaient déjà au Moyen-âge dans toute l'Europe, les maisons qui accueillait les pauvres, les malades et les mourants. Les malades y bénéficiaient d'une assistance physique et psychologique par des personnes très dévouées. Ils y étaient soignés et accompagnés dans le plus grand respect jusqu'à la mort. On appelait de telles maisons « hospices ». L'une des plus connues était « Hôtel Dieu » à Beaune. Cette tradition fut reprise par une anglaise, la docteure britannique Dame Cicely Saunders qui a fondé le mouvement des hospices modernes donnant naissance aux soins palliatifs. En 1948, alors qu'elle était infirmière à 20 ans à Londres, elle tombe amoureuse d'un patient polonais qui meurt d'un cancer. Il lui a laissé 500 £ pour fonder une maison ou un hôpital afin de soulager les souffrances physiques et émotionnelles des personnes mourantes. Déterminé à comprendre les meilleurs moyens de contrôler la douleur, Saunders est devenue médecin, dans un contexte d'évolution des attitudes envers les soins de fin de vie en Grande-Bretagne et en Amérique. Une approche active émergeait, alors que les gens devenaient plus conscients des liens intimes entre les états physiques et mentaux, et recherchaient de nouvelles façons créatives de prendre soin des gens jusqu'à la toute fin de leur vie - et au-delà, dans les soins aux personnes endeuillées.

En 1967, Saunders a ouvert l'hospice St Christopher à Sydenham, dans le sud-est de Londres, convaincue qu'avec les bons soins, les derniers jours de la vie d'une personne pouvaient être rendus dignes et heureux. Elle a déclaré : "J'ai demandé une fois à un homme qui savait qu'il était en train de mourir ce dont il avait besoin avant tout, il a dit : " Que quelqu'un ait l'air d'essayer de me comprendre ". Il est impossible de comprendre complètement une autre personne, mais je n'ai jamais

## **PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

oublié qu'il n'a pas demandé le succès mais seulement que quelqu'un devrait s'en soucier assez pour essayer.

Parallèlement à la prise de conscience que les avantages des soins palliatifs holistiques devraient être étendus aux personnes atteintes de maladies à durée de vie limitée autres que le cancer, l'impulsion a émergé pour déplacer les soins palliatifs vers les premiers stades de la progression de la maladie, en les intégrant aux soins curatifs et à la réadaptation. La vision des « soins palliatifs pour tous » est apparue à la fois souhaitable et réalisable.

Le succès de cette approche a alimenté le développement des soins palliatifs dans le monde entier, d'abord dans les pays riches, puis dans les plus pauvres également, avec le service de soins palliatifs du Zimbabwe (fondé en 1979) considéré comme le premier dans un pays en développement.

C'est ainsi que depuis fin 2018, les soins palliatifs et soins de support font partis intégrants de la prise en charge des cancers et hémopathies malignes au sein du service d'hémo-oncologie du CHU du point G en partenariat avec Médecins Sans Frontières France (MSFF).

### **3. Organisation des soins palliatifs (SP) [3]**

Il existe classiquement un modèle d'organisation des soins palliatifs défini par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). Selon ce modèle les SP sont organisés comme suit :

Les Unités de Soins Palliatifs (USP) qui sont des structures d'hospitalisation d'environ 10 lits accueillant pour une durée limitée les patients en soins palliatifs. Elles sont constituées de lits totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement. Elles réservent leur capacité d'admission aux situations les plus complexes et/ou les plus difficiles. Elles assurent ainsi une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche.

Les équipes mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) qui ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent

## **PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

en charge des patients en fin de vie dans d'autres services. Leur mission concerne la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien à domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique.

Les lits identifiés en soins palliatifs (officiellement appelés prise en charge identifiée de malades en soins palliatifs hors USP) sont des lits situés au sein d'un service d'hospitalisation. Ils permettent une ouverture et un lien entre le domicile et les établissements, par exemple dans le cadre d'un réseau de santé (soins palliatifs, oncologie). Ces lits permettent, par exemple, d'assurer un repli des patients du domicile.

C'est suivant ce modèle que les SP intégrés au service d'hémo-oncologie du CHU du Point G ont essayé d'établir leur organisation comme suit :

- Un bureau de consultation dans lequel le médecin permanent prend en charge les différents symptômes des patients en SP. Neuf lits d'hospitalisation gérés par le médecin généraliste, les médecins en cours de spécialisation, les internes et supervisés par les oncologues médicaux et hématologues
- Une salle de stabilisation : disposant de 2 lits juste pour l'observation des patients venus avec des symptômes de SP ne nécessitant pas d'hospitalisation.
- Une salle de soins pour les infirmiers dans laquelle se font certains gestes tels que les pansements des plaies tumorales, pose de sonde urinaire, prise de sang...
- Un bureau de consultation pour le psychologue qui apporte un soutien psychologique aux patients et à leur famille notamment à travers des groupes d'échanges et des entretiens avec le patient et/ou sa famille.

## PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G

- Une pharmacie pour la dispensation gratuite des médicaments de premiers recours en SP tels que les antalgiques, les anxiolytiques, les sérums physiologiques, certains antibiotiques.
- Des visites à domicile pour des patients à mobilité réduite, en fin de vie, ou ne disposant pas de moyens financiers pour se rendre à l'hôpital

### 4. Approche des soins palliatifs [9]

Elle permet de déterminer exactement à quel moment de la prise en charge interviendront les SP. A cet effet différentes trajectoires de vie ont été définies pour illustrer les parcours de soins des patients, mais celle qui suscitera notre intérêt sera celle des patients atteints de cancer. Elle correspond à :

**La trajectoire 1 ou dite de « déclin rapide »** concerne environ 50 % des patients relevant de soins palliatifs. Elle est marquée par une évolution progressive et une phase terminale relativement bien définie. Elle s'illustre dans le modèle du cancer. Lors du suivi des patients atteints de cancer, on peut définir plusieurs phases avec des objectifs de prise en charge différents :

- La phase curative est centrée sur un objectif de rémission complète de la maladie. Elle tend à garantir la guérison au patient par l'usage de divers traitements (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie...). Lors de cette phase, l'oncologue peut faire intervenir une équipe de soins oncologiques de support (diététicien, kinésithérapeute, psychologue...) permettant d'intégrer une approche globale à la prise en charge carcinologique.
- La phase palliative implique qu'il n'y a plus de perspective thérapeutique de guérison. Dans la plupart des situations, la découverte d'une métastase définit l'entrée dans cette phase. Il faut noter que la mort n'est pas imminente à ce stade, et il n'a pas de nécessité d'arrêt de traitement. Elle peut se diviser en 3 grandes étapes : une phase active dont l'objectif est de tenter de garantir au patient une survie la plus longue possible en

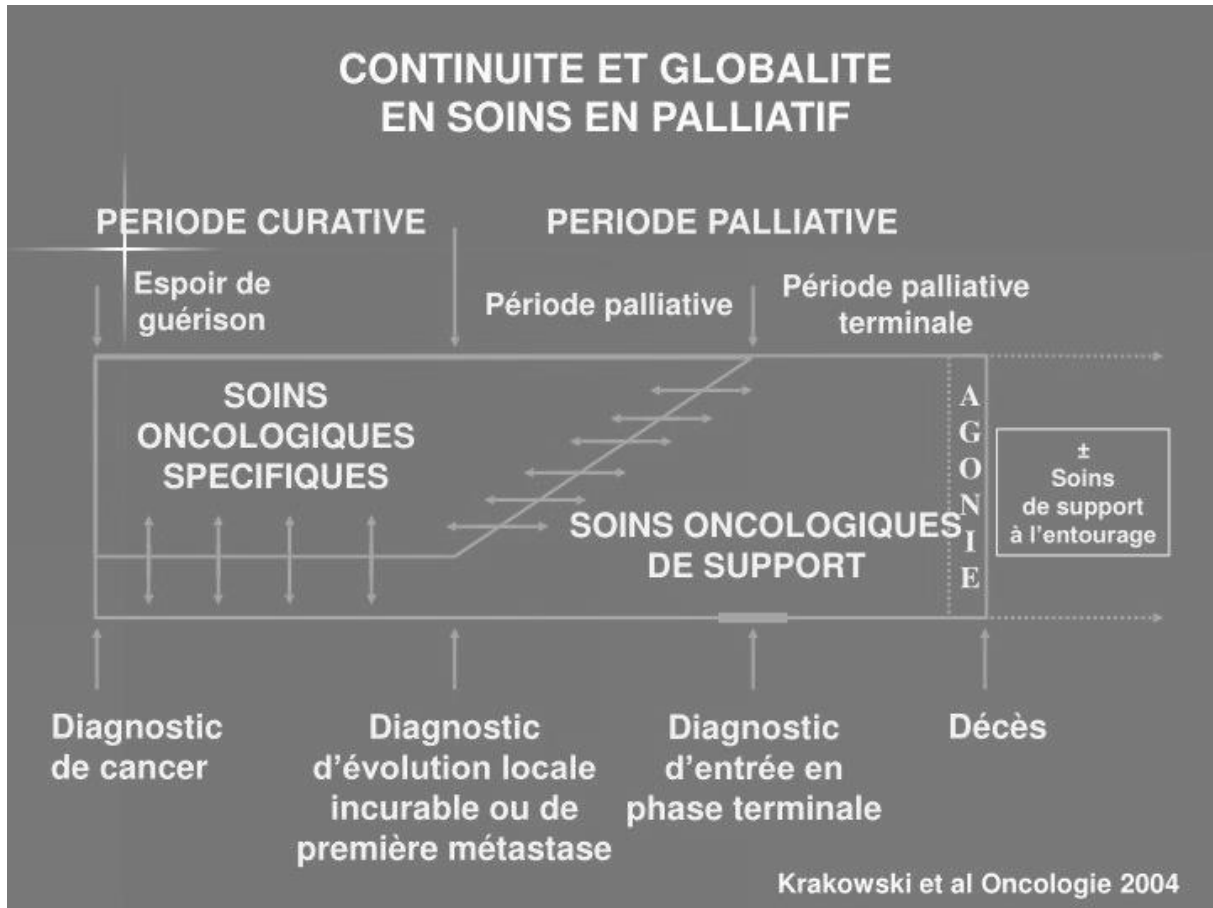
## **PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

ralentissant l'évolution de la maladie tout en s'attachant au maintien de la meilleure qualité de vie possible.

Lors de cette phase, le patient peut bénéficier de traitements oncologiques spécifiques (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie...), de l'intervention d'équipe de soins de supports ou de soins palliatifs. Cette phase est suivie d'une phase palliative symptomatique dont l'objectif est d'abord le maintien ou l'amélioration de la qualité de vie en contrôlant au mieux les symptômes. Dans cette optique, le patient peut parfois bénéficier de certaines thérapeutiques oncologiques spécifiques à la condition qu'elles contribuent à son confort. Mais l'accent est d'abord mis sur les thérapeutiques symptomatiques. Et enfin, une phase terminale où l'on ne cherche plus à prolonger artificiellement la vie et où les traitements symptomatiques sont essentiels.

Parallèlement à cette trajectoire classiquement retrouvée chez les patients atteints de cancers, d'autres trajectoires de vie de patient peuvent être identifiées.

La phase terminale peut se définir comme étant la phase toute ultime de l'évolution des pathologies où l'ensemble des moyens mis en œuvre par la médecine vise le confort et non la survie. Cette phase terminale comprend la pré-agonie, l'agonie, la mort cérébrale puis la mort.



**Graphique1** : La continuité des soins en oncologie du traitement spécifique du cancer au décès du patient.

## 5. Symptômes les plus fréquents en SP [10-18]

L'un des principes de la prise en charge des patients en SP concerne le plus souvent la prise en charge de leurs symptômes, dont on a pu identifier ceux fréquemment rencontrés à savoir :

### - La douleur

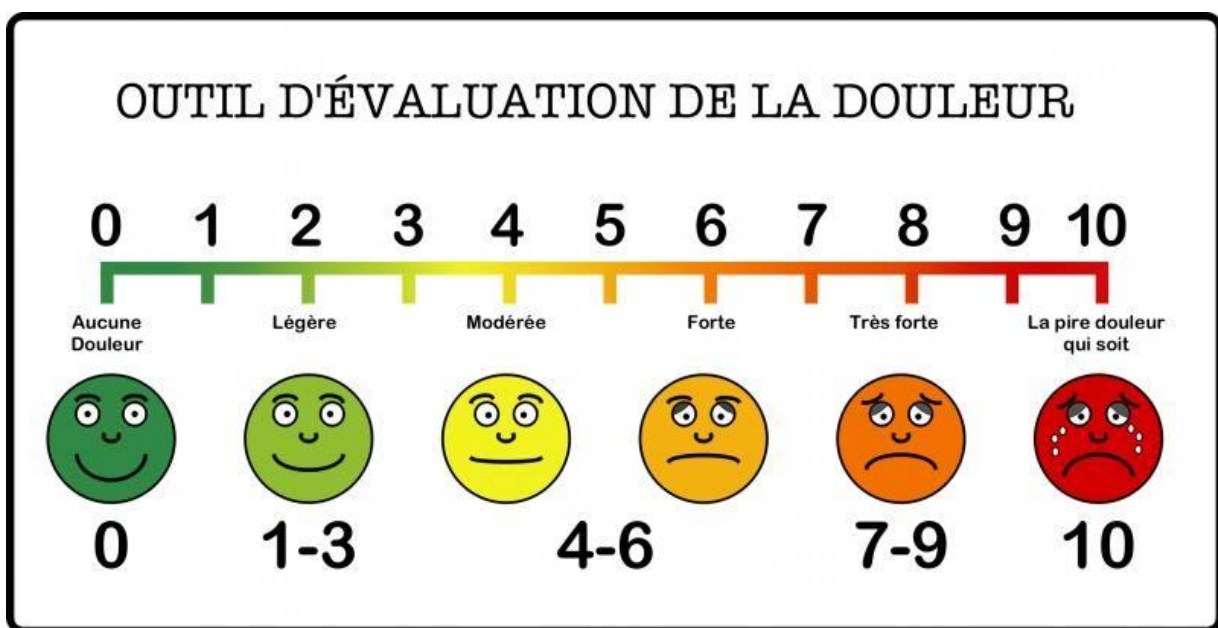
Elle est définie comme : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle. »

En SP elle est multiforme et multidimensionnelle. Cicely Saunders l'avait compris, c'est pourquoi en 1967 elle développa le concept de « total pain » ou souffrance globale qui regroupait 4 composantes :



## PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G

- ❖ La composante physique : plus facile à exprimer par le patient s'il est conscient, à repérer et prendre en charge par les soignants. Elle peut être due à la pathologie sous-jacente ou encore aux traitements du cancer. Elle peut être regroupée en 3 groupes : les douleurs nociceptives, les douleurs neuropathiques et les douleurs mixtes. Pour l'évaluer on dispose de plusieurs outils entre autres l'EVA (évaluation visuelle analogique), l'EN (évaluation numérique), l'EVS (évaluation visuelle simple), l'échelle des visages.



**Figure 1:** Echelle visuelle analogique

- ❖ La composante psychologique : elle est d'autant plus difficile à diagnostiquer car très souvent on peut observer un repli sur soi. Ici on peut y associer le fait de se sentir impuissant face à la maladie, vulnérabilité face à la société, la peur du rejet face à certaines maladies, la peur de la mort. Car le patient en SP se dit souvent que c'est la fin.
- ❖ La composante sociale : le patient en SP est généralement un patient assisté de ce fait il a l'impression d'être un fardeau sous plusieurs aspects pour son entourage. Une personne qui du jour au lendemain cesse toute activité, devient dépendant. Mais aussi voir la souffrance dans les yeux de ses

proches et ne pouvoir rien y faire, il a le sentiment de provoquer uniquement la pitié.

- ❖ La composante spirituelle : la fameuse question « qu'ai-je fais au bon DIEU ? » « Pourquoi moi ? » ici c'est le sens de la vie même qui est remis en cause.

Ces quatre réunions nous fait prendre conscience du caractère complexe de la prise en charge de la douleur chez le patient en SP.

#### **- L'anorexie et la cachexie**

La faiblesse, la perte de poids et d'appétit sont des problèmes communs dans le cancer avancé et l'insuffisance organique au stade terminal.

La cachexie n'est pas associée à la faim ou à la soif, et elle ne peut pas s'améliorer par l'alimentation ou l'hydratation forcées, elle est souvent frustrante surtout pour les familles qui peuvent essayer de faire pression sur les patients afin qu'ils mangent pour qu'ils puissent rester forts. Les mécanismes sous-jacents ne sont pas pleinement compris et varient avec les différentes maladies. Au cours du cancer notamment il y a la libération de médiateurs inflammatoires, y compris des cytokines, les altérations du métabolisme qui peuvent provoquer un état de catabolisme ce qui augmente la perte de poids qui implique à la fois la graisse et les muscles squelettiques.

#### **- La dyspnée**

La société Américaine de chirurgie thoracique a défini la dyspnée comme « une expérience subjective d'inconfort respiratoire qui consiste en des symptômes qualitativement distincts et des sensations plus ou moins intenses. L'expérience découle de l'interaction entre plusieurs facteurs physiologiques, psychologiques, facteurs sociaux et environnementaux et qui peuvent induire des réponses physiologiques et comportementales secondaires ». Avoir du mal à respirer est très traumatisant, on a l'impression de mort imminente, on manque d'air. On a une liste exhaustive de causes de détresse mais quelques-unes ont pu être relevés

en SP : les cancers du poumon, un épanchement pleural et/ou une lymphangite carcinomateuse surtout en cas de métastase pulmonaire d'un cancer du sein, l'embolie pulmonaire, les tumeurs de la trachée, d'infection, une obstruction de la veine cave supérieure observée au cours du lymphome, d'anémie mal tolérée, d'insuffisance cardiaque, épanchement péricardique, l'ascite, ou secondaire aux traitements du cancer.

**- La confusion**

La confusion mentale est un syndrome clinique fréquent caractérisé par la désorganisation aiguë de l'ensemble des fonctions cognitives et comportementales, mais n'étant pas due à des lésions structurelles du cerveau. Ceci implique la réversibilité, et l'installation sur un mode aigu, en quelques heures ou au plus quelques jours. C'est l'un des symptômes les plus pénibles et difficiles à gérer. Les causes peuvent être : une douleur non contrôlée, la rétention urinaire ou une constipation grave surtout chez le sujet âgé, les troubles ioniques à type d'hypercalcémie et/ou d'hyponatrémie, une hypoxie cérébrale, une augmentation de la pression intracrânienne, effet secondaire des médicaments tels que les opioïdes, les antis muscariniques, les corticostéroïdes.

**- La constipation**

La constipation est définie comme l'évacuation indûment infréquentée et difficile de l'intestin. Ceci est très fréquent en soins palliatifs et peut souvent être prévenu et évité. Les causes sont : les effets directs de la maladie, l'occlusion intestinale dues aux tumeurs de la paroi intestinale ou à la compression externe de masses abdominales, les lésions à la moelle épinière lombo-sacrée dues aux métastases osseuses des cancers, la diminution de l'apport alimentaire et le régime alimentaire pauvre en fibres, la déshydratation, les médicaments comme la morphine.

**- La déshydratation**

La déshydratation représente la contraction d'un ou plusieurs secteurs liquidiens de l'organisme, consécutivement à des anomalies métaboliques variées. Elle peut être causée par un déficit d'apport hydrique, l'anorexie, l'hypernatrémie, la diarrhée, les vomissements, les laxatifs, les diurétiques.

**- La diarrhée**

Elle est définie comme le passage de plus de trois selles molles dans un délai de 24 heures. Ses causes sont : un déséquilibre de la thérapie laxative, certains antibiotiques, les AINS, les ARV, la radiothérapie sur l'abdomen ou le bassin, les tumeurs coliques ou du rectum.

**- La dépression**

La dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration. Elle résulte très souvent d'un sentiment d'abandon, de dégradation de son image due au traitement ou à la maladie elle-même, de la durée du traitement, la dépendance permanente des autres, de la peur de mourir, des conditions de sa mort, de la perception fataliste du cancer (pourquoi lui ? Qu'a-t-il fait de mal ?). Elle est souvent mal comprise, sous diagnostiquée et sous-traitée. Il existe des outils pratiques pour le médecin permettant de l'évaluer on peut citer le PHQ4, l'HADS, le MADRS.

**- L'anxiété**

L'anxiété est une réaction normale qui devient une maladie lorsqu'elle survient alors qu'aucun événement ne la justifie vraiment. On parle alors de troubles anxieux, incompatibles avec la vie quotidienne. L'anxiété peut prendre plusieurs formes : anxiété généralisée, phobies, troubles paniques ou troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Souvent associée à la dépression, elle peut en être un symptôme. Le patient anxieux présente des sentiments de panique, d'irritabilité,

de tremblements, une transpiration excessive, un manque de sommeil et un manque de concentration.

**- L'insomnie**

L'insomnie est une plainte subjective du sommeil nocturne insuffisant qui se manifeste comme la difficulté à initier ou à maintenir le sommeil, se réveiller tôt le matin, avoir le sommeil non réparateur, ou une combinaison de tous ces cas. Elle peut être liée à la peur, au stress, à l'anxiété, le tout en rapport avec la maladie.

**- Les nausées et les vomissements**

La nausée est la sensation désagréable d'être sur le point de vomir et peut se produire seule ou être accompagnée des vomissements. Le vomissement est défini comme l'expulsion forcée du contenu gastrique. C'est un symptôme très fréquent avec de nombreuses causes différentes et peut être très pénible pour le malade. Comme causes nous pouvons citer la chimiothérapie, les infections, les opiacés, les anticonvulsivants, la radiothérapie, les tumeurs cérébrales, l'élévation de la PIC en cas de métastases cérébrales, l'occlusion intestinale associé aux tumeurs gastro-intestinales, la constipation, l'hypercalcémie maligne.

**- Les plaies**

Une plaie est définie comme une solution de discontinuité des tissus. De la plaie nous relevons comme causes : les cancers bourgeonnants de la peau (sein, mélanome, sarcome, tumeur épidermoïde), les escarres, la mauvaise cicatrisation en postopératoire dû à la baisse de l'immunité.

**6. Les médicaments essentiels en SP [19-21]**

Aux différents symptômes suscités correspondent un traitement médical spécifique. Ce tableau regroupe les médicaments essentiels en SP ainsi que leurs indications.

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

**Tableau I:** Médicaments essentiels en soins palliatifs et leur indication

Médicaments	Présentation	Indication
<b>1.Médicaments non opioïdes et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)</b>		
Ibuprofène	Sirop :200mg/5ml Comprimés :200mg 400mg 600mg Pas chez les enfants de moins de 3 mois	Douleur légère à modérée
Acide acétylsalicylique	Suppositoire : 50-150mg Comprimés :100-500mg	Douleur légère à modérée Fièvre
Paracétamol	Sirop :120mg/5ml ;125mg/5ml Suppositoire :100mg Comprimés :100-500mg Non recommandé pour une utilisation anti-inflammatoire en raison du manque d'avantage prouvé à cet effet	Douleur légère à modérée
<b>2.Analgésiques opioïdes</b>		
Codéine	Comprimés :30mg	Diarrhée Douleur légère à modérée
Fentanyl	Patch transdermique : 12microgrammes/h 25 microgrammes/h ;50microgrammes/h ; 75 microgrammes/h ; 100 microgrammes/h *Pour la gestion de la douleur cancéreuse	Douleur modérée à sévère
Morphine Alternatives thérapeutiques : • Hydromorphone • Oxycodone	Granulés (libération lente ; à mélanger avec de l'eau) : 20 mg à 200 mg (Sulfate de morphine). Injection : 10 mg (chlorhydrate de morphine ou sulfate de morphine) dans 1 ml ampoule. Sirop : Comprimé (libération lente) : 10 mg à 200 mg (chlorhydrate de morphine ou Sulfate de morphine). Comprimé (libération immédiate) : 10 mg (sulfate de morphine)	Dyspnée Douleur modérée à sévère
<b>Liste complémentaire</b>		
Méthadone	Comprimé : 5 mg ; 10 mg (chlorhydrate) Sirop : 5 mg/5 ml ; 10 mg/5 ml (chlorhydrate) Concentré pour liquide oral : 5 mg/ml ; 10 mg/ml (chlorhydrate) *Pour la gestion de la douleur cancéreuse	Douleur modérée à sévère
<b>3 Médicaments pour d'autres symptômes courants en soins palliatifs</b>		
Amitriptyline	Comprimé : 10 mg ; 25 mg ; 75 mg	Dépression Douleur neuropathique
Cyclizine	Injection : 50 mg/ml. Comprimé : 50 mg.	Nausées Vomissement
Dexaméthasone	Injection : 4 mg/ml (sous forme de sel de phosphate disodique) en ampoule de 1ml. Sirop : 2 mg/5 ml. Comprimé : 2 mg [c] ; 4 mg.	Anorexie Nausées Douleur neuropathique Vomissement
Diazépam	Injection : 5 mg/ml. Liquide oral : 2 mg/5 ml. Solution rectale : 2,5 mg ; 5 mg ; 10 mg. Comprimé : 5 mg ; 10 mg.	Anxiété
Docosate de sodium	Gélule : 100 mg. Sirop : 50 mg/5 ml	Constipation

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

Fluoxetine	Forme posologique orale solide : 20 mg (sous forme de chlorhydrate).	Antidépresseur
Halopéridol	Injection : 5 mg en ampoule de 1 ml. Liquide oral : 2 mg/ml. Forme posologique orale solide : 0,5 mg ; 2 mg ; 5 mg	Nausées Vomissements Agitation interminable
Butylbromure d'hyoscine	Injection: 20 mg/ml.	Nausées Douleur viscérale Congestion respiratoire terminale
Bromhydrate d'hyoscine	Injection : 400 microgrammes/ml ; 600 microgrammes/ml. Dispositifs transdermiques : 1 mg/72 heures	Spasmes
Lactulose	Sirop : 3,1 à 3,7 g/5 ml	Constipation
Loperamide	Forme posologique orale solide : 2 mg	Diarrhée
Metoclopramide	Injection : 5 mg/ml (chlorhydrate) en ampoule de 2 ml. Liquide oral : 5 mg/5 ml. Forme orale solide : 10 mg (chlorhydrate)	Nausées Vomissements
Midazolam	Injection : 1 mg/ml ; 5 mg/ml. Liquide oral : 2mg/ml [c]. Forme posologique orale solide : 7,5 mg ; 15 mg.	Anxiété Agitation terminale
Ondansétron Alternatives thérapeutiques : - dolasétron - granisétron - palonosétron - tropisétron	Injection : 2 mg base/ml en ampoule de 2ml (sous forme de chlorhydrate). Liquide oral : 4 mg base/5 ml. Forme galénique orale solide : Eq 4 mg de base ; Éq 8 mg de base.	Nausées Vomissement
Senna	Sirop : 7.5 mg/5 ml	Constipation

## **II. LES SOINS DE SUPPORT**

### **1. Définition [22]**

Les soins de support désignent l'ensemble des soins et soutiens qui peuvent être proposés à une personne atteinte d'une pathologie cancéreuse, à côté des traitements spécifiques destinés à soigner sa maladie comme la chimiothérapie, la radiothérapie, l'immunothérapie et la chirurgie. Ils ont pour objectif de diminuer les conséquences de la maladie et des traitements

### **2. Objectifs [22]**

La maladie a des répercussions sur tous les aspects de la vie quotidienne. Les besoins qui peuvent survenir sont nombreux. Les soins de support peuvent répondre à certains de ces besoins : contrôler les symptômes liés à la maladie ou à ses traitements, en cas de souffrance physique ou psychologique, rompre l'isolement du patient, vaincre les difficultés administratives, apprendre à vivre avec les conséquences physiques qu'impose parfois la maladie, pour reprendre ou retrouver un emploi après le traitement, reprendre le cours normal de sa vie et bénéficier des meilleures conditions de vie possibles, et cela quelles que soient les chances de guérison.

## **III. LE CANCER**

### **1. Définition [23]**

Le mot « cancer » est un terme générique désignant un grand groupe de maladies pouvant toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeurs malignes ou de néoplasmes. L'un des traits caractéristiques du cancer est la multiplication rapide de cellules anormales à la croissance inhabituelle, qui peuvent ensuite envahir des parties voisines de l'organisme, puis migrer vers d'autres organes. On parle alors de métastases, lesquelles constituent la principale cause de décès par cancer.



## **2. Histoire naturelle du cancer.[23]**

L'histoire naturelle d'un cancer peut être divisée schématiquement en plusieurs étapes : la transformation cancéreuse d'une cellule, puis son expansion clonale, suivit de la croissance de la masse tumorale qui devient cliniquement détectable et l'invasion locale avec envahissement locorégional par le tissu cancéreux, enfin la dissémination des cellules cancéreuses à distance du foyer tumoral initial et la formation de foyers tumoraux secondaires correspondant aux métastases.

Cette progression tumorale est liée à l'instabilité génétique des cellules cancéreuses. Des modifications génétiques spontanées vont survenir progressivement, avec apparition de variants du clone initial, entraînant une hétérogénéité de la tumeur. Ces clones variants auront des comportements prolifératifs, invasifs, antigéniques, et métastatiques hétérogènes, ou encore une sensibilité inégale à la chimiothérapie.

## **3. Facteurs de risque de cancer**

A ce jour on relève plusieurs facteurs de risque des cancers, nous pouvons citer : le tabagisme, la consommation d'alcool, la mauvaise alimentation, l'obésité, le manque d'activité physique, la pollution de l'air, certaines infections chroniques notamment l'infection à l'*Helicobacter pylori* responsable du cancer de l'estomac, l'infection au Human papillomavirus responsable du cancer du col de l'utérus, l'infection à VIH, hépatite virale B et C, les rayonnements ionisants....

## **4. Traitement du Cancer [23]**

Il existe trois grands principes de traitement contre le cancer à savoir :

### **4.1- Traitements locorégionaux**

**La chirurgie** : souvent le premier traitement. Elle est la forme la plus ancienne de traitement des cancers. Son principe lorsque la tumeur est localisée on l'opère pour la retirer. Son but est d'éliminer la tumeur et les éventuelles cellules

cancéreuses présentes à proximité de celle-ci. En effet son succès dépend de la taille de la tumeur, plus elle est petite plus on a de chances.

**La radiothérapie** : l'exposition à des rayons X... Plus de la moitié des personnes atteintes d'un cancer reçoivent ce type de traitement dans les pays développés. Son principe est d'exposer les cellules cancéreuses à des rayons entraînant ainsi une transformation de ces cellules qui perdront alors leur faculté à se multiplier. Seule la zone où se trouve la tumeur est exposée aux rayons afin d'éviter au maximum que des cellules saines ne soient-elles aussi touchées. Son objectif est d'éliminer le plus possible de cellules cancéreuses. Comme la chimiothérapie, elle peut être utilisée en situation :

- Curative : avant ou après une intervention chirurgicale (néoadjuvante ou adjuvante). Dans le premier cas, le but est de diminuer la taille de la tumeur afin d'augmenter les chances de résection tumorale complète. Dans le second cas, l'objectif est de détruire les éventuelles cellules cancéreuses restantes et ainsi de réduire les risques de récurrences.
- En situation palliative pour pallier à un symptôme comme la douleur, les compressions tumorales.... Réalisée.

#### **4.2- Traitements systémiques**

- **La chimiothérapie** : agir avec des médicaments (substance chimique). Son principe consiste à l'administration d'un ou plusieurs médicaments actifs contre les cellules cancéreuses. Ces médicaments agissent soit en détruisant les cellules cancéreuses, soit en stoppant leur multiplication. Certains d'entre eux sont plus actifs contre un type de cancer plutôt que d'autres. Son objectif : éliminer, où qu'elles se trouvent les cellules cancéreuses présentes dans l'organisme. Elle peut ainsi servir à réduire la taille d'une tumeur avant une opération chirurgicale on parlera de chimio néoadjuvante, à limiter les risques de récurrences après l'intervention chirurgicale on parlera de chimio adjuvante ou à traiter des localisations secondaires de la tumeur

## PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G

on parlera de chimio palliative. À noter que la chimiothérapie s'accompagne généralement d'effets indésirables. La durée du traitement par chimiothérapie dépend de son efficacité et de sa tolérance. Elle est habituellement de plusieurs mois.

- Thérapies ciblées : défini en quelques lignes

Exemples :

- **L'hormonothérapie** : son principe repose sur la sensibilité de certains cancers à l'action d'hormones naturellement produites par l'organisme. Comme tel est le cas en particulier pour les cancers du sein et de la prostate. Les cellules cancéreuses ont tendance à se multiplier plus vite en présence de ces hormones. L'idée est donc de bloquer la production ou l'activité de ces hormones. Contrairement aux autres formes de traitement des cancers, elle ne vise pas à détruire directement les cellules cancéreuses. Il s'agira de donner des médicaments qui, soit bloquent la production hormonale, soit s'oppose à leur action. Cela permettra ainsi de réduire la croissance des cellules cancéreuses. Elle est utile uniquement en cas de cancer dit hormono-sensible. C'est le cas si les cellules cancéreuses possèdent à leur surface des récepteurs spécifiques à ces hormones. L'étude de la tumeur à travers l'immunohistochimie permet de le déterminer. (NB il existe l'hormonothérapie injectable en s/c ou en IM)
  - **Les anti Her 2** : ....
- Immunothérapie et les thérapies ciblées



**MATERIEL &  
METHODES**

---

## MATERIEL ET METHODES

### 1. Cadre d'étude et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée dans l'unité de soins palliatifs du service d'hématologie et d'oncologie médicale du CHU Point G.

Le service d'hématologie et d'oncologie médicale comporte :

- 06 Chambres doubles : 12 lits
- 03 Chambres simples : 3 lits
- Hôpital du jour : 03 chambres comprenant 04 fauteuils, 16 lits
- 04 salles de consultation médicale
- 01 Salle de consultation en soins palliatifs
- 01 Salle de conférence
- 01 Salle de consultation psychologique
- 01 Salle de pansement
- 01 Salle de hotte
- 04 Bureaux des médecins
- 01 Bureau de l'infirmière major
- 01 Bureau de l'infirmière coordinatrice
- 01 Bureau de la secrétaire
- 01 Salle de garde des infirmiers
- 01 Salle de garde des garçons de salle
- 01 Salle de stérilisation
- 01 Salle de tri et de déchets
- Un magasin
- Une salle d'archivage
- Sanitaires et fluides médicaux

## **2. Type et période d'étude**

Notre étude était descriptive et prospective allant du 1<sup>er</sup> juin 2021 au 30 novembre 2021 inclus soit une période de 6 mois.

## **3. Population d'étude**

Notre étude portait sur les patients admis en unité de soins palliatifs ou suivis à domicile pour des soins palliatifs.

### **i. Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans cette étude :

- Les patients atteints de cancer solide ou d'hémopathie maligne admis en unité de soins palliatifs
- Les patients qui ont accepté de participer à l'étude

### **ii. Critères de non-inclusion**

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- Les patients atteints de cancers admis en USP en dehors de notre période d'étude

### **iii. Les variables étudiées**

- Variables liées au patient : âge, sexe, profession, situation matrimoniale, ethnie, résidence, état général selon l'OMS, IMC.
- Variables liées à la maladie : type de cancer et stade, type histologique, présence de métastases, site.
- Variables liées au traitement spécifique de la maladie : chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie
- Variables liées aux traitements symptomatiques en cours à l'admission dans l'unité de soins palliatifs : antalgique, corticothérapie, antidépresseur
- Passage en soins palliatifs : motif
- Variables liées aux symptômes du patient :
  - Douleur : évaluation de la douleur (EVA ou EN), traitements
  - Plaie tumorale : site, taille

## PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU POINT G

- Dépistage de la dépression et de l'anxiété à l'aide de l'outil PHQ4 (Patient Health Questionnaire)

*Test développé par les Drs. Robert L. Spitzer et Janet B.W. Williams, et Kurt Kroenke et ses collègues.*

PHQ-4: THE FOUR-ITEM PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE FOR ANXIETY AND DEPRESSION				
Over the last two weeks, how often have you been bothered by the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
Feeling down, depressed or hopeless	0	1	2	3
Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
TOTALS				

Total score is determined by adding together the scores of each of the 4 items. Scores are rated as normal (0-2), mild (3-5), moderate (6-8), and severe (9-12). Total score  $\geq 3$  for first 2 questions suggests anxiety. Total score  $\geq 3$  for last 2 questions suggests depression.

Reprinted with permission from Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50(6):613-21. From *Principles of Neuropathic Pain Assessment and Management*, November 2011.

**Figure 2:** Test de l'anxiété et la dépression PHQ4 test

### 4. Collecte des données

L'entretien avec le patient ainsi que les données issues des dossiers de consultation et/ou d'hospitalisation ont été consignés sur une fiche d'enquête individuelle.

### **5. Analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel Epi Info™, le pack Microsoft office pour le traitement des textes et les graphiques.

### **6. Considérations éthiques**

Les dossiers ont été analysés dans le strict respect de la confidentialité. Ils ont été remis et classés dans la salle des archives immédiatement après exploitation. Les fiches sont anonymes afin de garantir le secret médical.





# **RESULTATS**

## RESULTATS

### I. Données socio-démographiques

Au total 82 patients ont été colligés pendant la période de notre étude

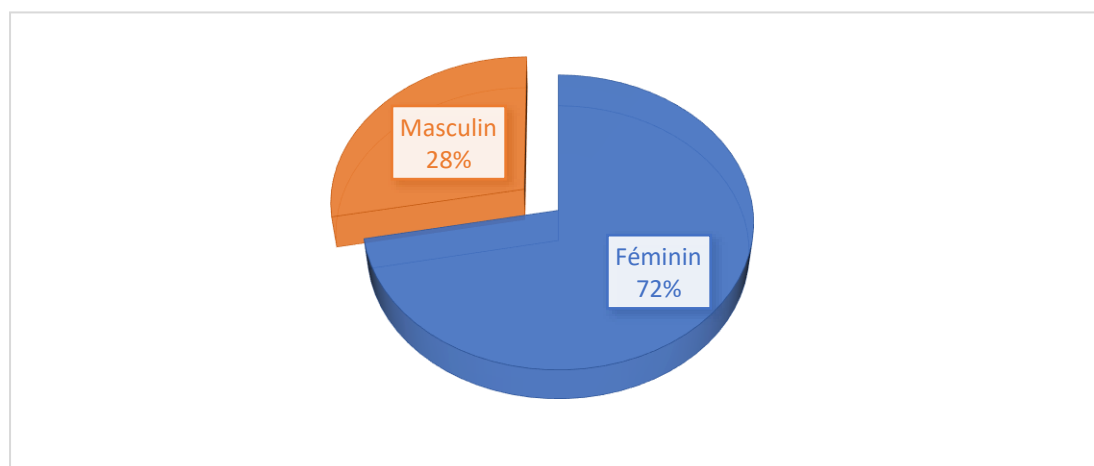
#### 1. AGE

**Tableau II:** Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranches d'âge(ans)	Effectif	Pourcentage (%)
[10-30]	15	18,30
<b>[31-50]</b>	<b>35</b>	<b>42,68</b>
[51-70]	26	31,70
[71-90]	6	7,32
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

La tranche d'âge de **[31-50]** était la plus représentée et représentait 42,68%. La moyenne d'âge de notre population d'étude était de 46,72 ±15 ans pour des extrêmes de 14 et 79 ans.

#### 2. SEXE



**Figure 3:** Répartition des patients selon le sexe

## PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G

Le sexe féminin représentait 72% avec un ratio de 0,34

### 3. PROFESSION

**Tableau III:** Répartition des patients suivant la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	50	60,98
Cultivateur	15	18,29
Commerçant	8	9,76
Tailleur	5	6,10
Etudiant	2	2,44
Autres*	2	2,44
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

Autres\* : Vétérinaire (1), fonctionnaire (1)

Les ménagères représentaient 60,98% de nos patientes

### 4. STATUT MATRIMONIAL

**Tableau IV:** Répartition des patients suivant le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Marié(e)	67	81,71
Célibataire	9	10,97
Veuf(ve)	5	6,10
Divorcé(e)	1	1,22
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

Dans 81,71% des cas recensés, les patients étaient mariés

5. RESIDENCE HABITUELLE

**Tableau V:** Répartition des patients suivant la résidence habituelle

Résidence habituelle	Fréquence	Pourcentage (%)
Bamako	70	85,37
Hors de Bamako	12	14,63
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

Les patients étaient originaires de diverses régions mais 85,37% habitaient à Bamako

## II. CRITERES DE RECOURS EN SOIN PALLIATIF

**Tableau VI:** Répartition des patients selon leur critère de recours en SP

<b>Critères de recours en soin palliatif selon l'ASCO</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Prise en charge des symptômes</b>	<b>75</b>	<b>91,46</b>
Pronostic	56	68,29
Détresse psychosociale	15	18,29
Etat général (OMS)	11	13,41
Fin de vie	8	9,76

La prise en charge des symptômes était le principal critère de recours en SP et représentait 91,46%

## III. ASPECT CLINIQUE DES PATIENTS EN SP

### 1. ETAT GENERAL SELON LE SCORE OMS

**Tableau VII:** Répartition des patients selon le stade de l'OMS

<b>Evaluation de l'état général selon le score de l'OMS</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Stade 1</b>	<b>50</b>	<b>60,97</b>
Stade 2	21	25,61
Stade 3	4	4,88
Stade 4	7	8,54
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

Les patients ayant un stade 1 représentaient 60,97 % des cas

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

**2. INDICE DE MASSE CORPORELLE**

**Tableau VIII:** Répartition des patients suivant l'IMC

<b>IMC</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Maigreur	24	29,27
<b>Normal</b>	<b>54</b>	<b>65,85</b>
Surpoids	2	2,44
Obésité	2	2,44
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

Les patients présentaient à 65,85% des cas un IMC normal

**3. SIGNES CLINIQUES**

**Tableau IX:** Répartition des patients suivant les signes cliniques

<b>Signes cliniques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Douleur</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>
Nausées et vomissement	30	36,58
Diarrhée	15	18,29
AEG	13	15,85
Déshydratation	10	12,19
OMI	10	12,19
Ascite	8	9,76
Dyspnée	6	7,32
Constipation	6	7,32
Ictère	5	6,10
Fièvre	5	6,08

Tous nos patients soit 100% présentaient la douleur comme symptôme

PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G

4. DOULEUR SELON L'EVA

**Tableau X:** Répartition de la douleur selon l'EVA

<b>Douleur classée selon l'EVA</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Douleur légère 1-3	8	9,76
Douleur modérée 4-5	7	8,54
Douleur intense 6-7	29	35,36
<b>Douleur insupportable 8-10</b>	<b>38</b>	<b>46,34</b>
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

La douleur était jugée comme insupportable par 46,34% de nos patients

5. PLAIE

Au total 32 patients de notre étude présentaient une plaie.

i. Site

**Tableau XI:** Répartition suivant le site de la plaie

<b>Site</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Sein</b>	<b>22</b>	<b>68,75</b>
ORL	4	12,5
Œil	2	6,25
Autres*	4	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100,00</b>

Autres\* : Coude (1), Epaule (1), Pied (1), Vulve (1)

Le sein était la principale localisation de la plaie avec un taux de 68,75%

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET  
DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

ii. Type

**Tableau XII:** Répartition suivant le type de plaie

Type	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Tumorale extériorisée</b>	<b>16</b>	<b>50</b>
Tumorale superficielle	12	37,5
Tumorale cavitaire	4	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100,00</b>

La plaie tumorale était extériorisée chez 50% de nos patients qui présentaient une plaie

iii. Taille

**Tableau XIII:** Répartition selon la taille de la plaie

Taille(cm)	Effectif	Pourcentage (%)
[5-10]	12	37,50
<b>[11-20]</b>	<b>17</b>	<b>53,13</b>
[21-40]	3	9,38
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100,00</b>

Les plaies avec une taille comprise entre 11 et 20 cm représentaient 53,13% du total des plaies



#### IV. DONNEES SUR LA PATHOLOGIE CANCEREUSE

##### 1. TYPE DE CANCER

**Tableau XIV:** Répartition selon le type de cancer

Type de cancer	Effectif	Pourcentage (%)
Sein	37	45,12
ORL	7	8,53
Col	5	6,10
Vessie	5	6,10
Colorectal	5	6,10
Sarcome	4	4,88
Ovaire	3	3,66
Poumon	2	2,44
Estomac	2	2,44
Lymphome	2	2,44
Autres*	10	12,19
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

Autres\* : Coude, rein, thymome, œil, vulve, pied, leucémie, thyroïde, prostate, CAPI

Le cancer du sein était le cancer le plus retrouvé avec un taux de 45,12 %

##### 2. TYPE HISTOLOGIQUE DU CANCER

**Tableau XV:** Répartition selon le type histologique du cancer

Type histologique	Effectif	Pourcentage (%)
Carcinome	71	86,58
Sarcome tissu mou	4	4,88
Ostéosarcome	2	2,44
Autres*	5	6,10
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

\*Autres : cystadénocarcinome(1), hidradénocarcinome(1), mélanome(1), leucémie lymphoïde chronique(1), thymome de type A(1)

Les carcinomes représentaient 86,58 % du total des cancers

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

**3. STADE DU CANCER**

**Tableau XVI:** Répartition selon le stade du cancer

<b>Stade du cancer</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Métastatique</b>	<b>56</b>	<b>68,29 %</b>
Non métastatique	26	31,71%
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00 %</b>

Les cancers étaient à un stade avancé dans 68,29% de cas

**4. SIEGE DES METASTASES**

**Tableau XVII:** Répartition selon le siège des métastases

<b>Siège de métastase</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Poumons</b>	<b>16</b>	<b>28,57</b>
Foie	11	19,64
Os	11	19,64
Ganglions	6	10,71
Cerveau	3	5,36
Autres*	6	10,71

**Autres\*** : Carcinose péritonéale (2), crane (2), médiastin (1), vessie (1)

Les métastases pulmonaires étaient retrouvées chez 28,57% des patients

V. **PHQ-4 :TEST ANXIETE ET DEPRESSION**

**Tableau XVIII:** Répartition selon le test PHQ-4

Score PHQ-4	Effectif	Pourcentage (%)
<b>0-2</b>	<b>39</b>	<b>47,56</b>
3-5	18	21,95
6-8	19	23,17
9-12	6	7,32
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

Les troubles psychologiques étaient absents chez 47,56% des patients

VI. **TRAITEMENT**

1. **TRAITEMENT ANTICANCEREUX**

**Tableau XIX:** Répartition selon le traitement anticancéreux reçus

Traitement anticancéreux	Effectif	Pourcentage
<b>Chimiothérapie</b>	<b>67</b>	<b>81,70</b>
Chirurgie	20	24,39
Soins palliatifs exclusifs	15	18,29
Radiothérapie	1	1,22

La chimiothérapie représentait 81,70% des traitements reçus

PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G

2. TRAITEMENT ANTALGIQUE

**Tableau XX:** Répartition suivant le type de traitement antalgique

<b>Palier des antalgiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Palier I	12	14,64
Palier II	31	37,80
<b>Palier III</b>	<b>39</b>	<b>47,56</b>
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

Les palier III représentaient 47,56% des traitements antalgiques reçus

CORTICOTHERAPIE

**Tableau XXI:** Répartition des patients ayant reçus la corticothérapie

<b>Corticothérapie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	<b>65</b>	<b>79,27</b>
Non	17	20,73
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

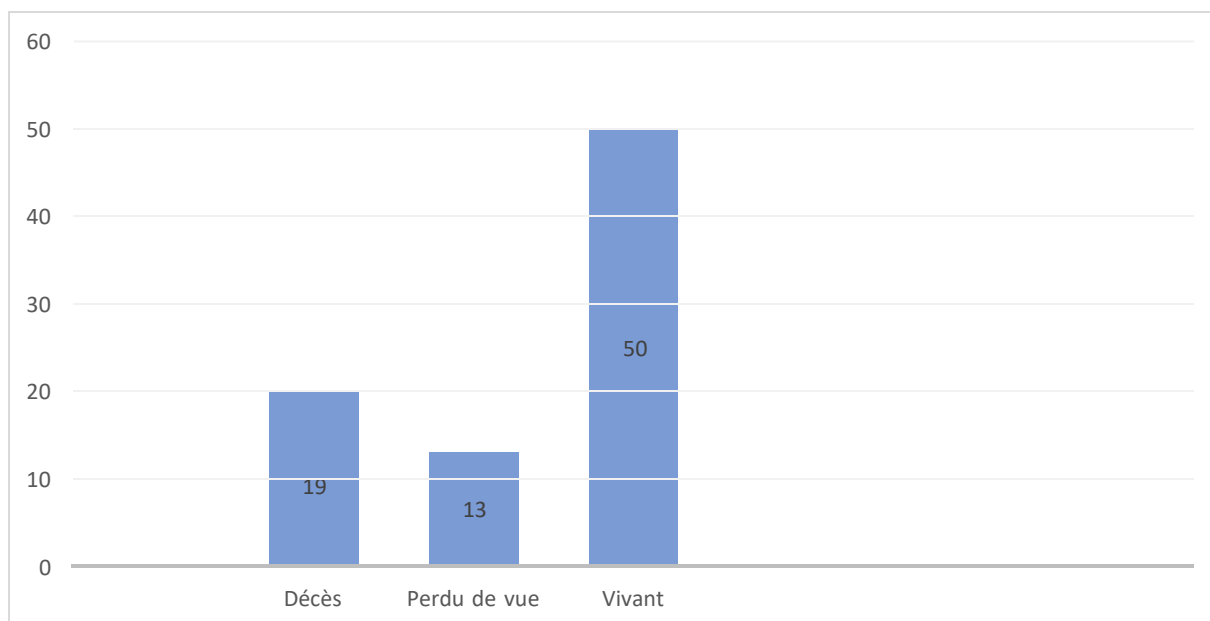
Les patients recevant une corticothérapie représentaient 79,27% du total

3. TRAITEMENT ANTIDEPRESSIF

**Tableau XXII:** Répartition suivant le nombre de patients sous antidépresseurs

<b>Antidépresseur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	<b>65</b>	<b>79,27</b>
Non	17	20,73
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100,00</b>

**VII. EVOLUTION AU BOUT DE 6 MOIS**



**Figure 4:** Evolution des patients au bout de 6 mois  
La survie à 6 mois était de 61%



**COMMENTAIRES  
& DISCUSSION**

---

## COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive avec recueil prospectif s'étendant de juin à novembre 2021. Durant cette période nous avons colligé 82 patients qui répondaient à nos critères d'inclusion dans le service d'hématologie du CHU du Point G. Au terme de notre étude, nous avons recensé quelques difficultés parmi lesquelles :

- Les patients perdus de vue
- La non compréhension du PHQ4-test par certains patients

### Aspects épidémiologiques

#### Age :

Sur la période de notre étude, la tranche d'âge 31-50 ans représentant 42,68 % de notre échantillon. L'âge moyen était de  $46,72 \pm 15$  ans avec des extrêmes allant de 14 à 79 ans. Ce résultat est inférieur et différent de ceux de ASRI et *al* [24] au Maroc et NICOLAS [25] en France qui retrouvaient respectivement une moyenne d'âge de 56,8 ans pour des extrêmes allant de 13 à 88 ans et un âge moyen de 72 ans pour des extrêmes allant de 38 à 98 ans. Ceci pourrait s'expliquer par la population qui serait majoritairement jeune au Mali contrairement aux populations françaises et maghrébines.

#### Sexe :

On notait une prédominance du sexe féminin qui représentait 72% de nos patients pour un sexe ratio de 0,34. Ce résultat est proche de celui de VISENTIN et *al* [26] au Brésil qui retrouvait 60,5%, mais diffère de celui de KUMAR et *al* [27] en Inde qui lui retrouvait une population majoritairement masculine soit 64% des patients. Ce résultat pourrait s'expliquer par le taux de cancer qui serait plus élevé chez la femme que chez l'homme au Mali [28] avec comme localisations fréquentes, le sein et le col de l'utérus.

### **Critères de recours en soins palliatifs**

La prise en charge des symptômes était le principal critère de recours en SP et représentait 91,46%. Ce résultat est proche de celui de COUTO et *al* [29] au Portugal qui retrouvait la prise en charge des symptômes comme le seul critère de recours en SP soit 100%.

### **Données cliniques**

La douleur était présente chez tous nos patients. Elle était insupportable dans 46,34%. Ce résultat est différent de celui de TIBI-LEVY [12] en France qui la retrouvait à 62% et proche de SILVIA et *al* [30] au Mexique présente à 50,4%. Nos résultats concordent avec les données de la littérature selon lesquelles la douleur serait présente dans 40 à 86% de cas des cancers [31].

### **Données sur le cancer**

#### **Type de cancer :**

Le cancer du sein était le plus retrouvé chez nos patients soit 45,12%. Ce résultat diffère de ceux de NICOLAS [25] et BATRA et *al* [32] au Canada qui retrouvaient le cancer du poumon comme cancer prédominant avec respectivement 24,7% pour l'un et 52,9% pour l'autre. Ce résultat peut s'expliquer par le fait le cancer du sein est le 1er cancer de la femme au Mali [33].

#### **Stade du cancer :**

Dans 68,29% de cas la tumeur était métastatique ; résultat similaire à ceux de NICOLAS [25] et de MIRANDA B et *al* [34] au Brésil qui rapportaient respectivement 74% et 70,7% de tumeurs comme étant métastatiques. Ceci pourrait s'expliquer par un diagnostic tardif dans près de 80% des cas dans le contexte malien



### **Test de l'anxiété et la dépression**

Au cours de notre étude les patients présentant des troubles anxiodépressifs de légère à sévère représentaient 52,44 %, résultat différent de celui de HONG [35] en Chine qui retrouvait 66,72%, mais semblable à celui de GOHSN et *al* [36] qui retrouvait 53,5%. On pourrait expliquer cela par le contexte culturel ici qui voudrait que la personne malade soit entourée de sa famille, de ce fait ressent moins le poids de la maladie.

### **Traitement anticancéreux**

La chimiothérapie était le principal traitement des tumeurs et représentait 81,70%. Ce résultat est supérieur à ceux de VISENTIN et *al* [26] et de MIRANDA B et *al* [34] qui trouvaient 62,7% et 30,3% respectivement.

### **Traitement antalgique**

Les antalgiques de palier III étaient administrés dans 47,56% des cas, ce résultat diffère de celui de BERTHOLD et *al* [37] qui retrouvait une administration d'antalgiques de palier III dans 58,6 % des cas. On pourrait l'expliquer par le fait que la douleur dans le cancer est souvent d'intensité modérée à sévère[38] et que les antalgiques de palier III sont souvent en rupture au Mali.

### **L'évolution des patients au bout de 6 mois**

Les patients vivants au terme de notre étude représentaient 61% ; ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'une prise en charge précoce des patients en soins palliatifs et de support permettait une meilleure survie [39].



# **CONCLUSION & RECOMMENDATIONS**

---

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **Conclusion**

Par cette étude il a été possible d'établir que :

Le profil sociodémographique des patients en soins palliatifs était dominé par les femmes. Le cancer du sein était le plus représenté. Les trois quarts de nos patients présentaient un cancer métastatique. Le principal critère de recours en soins palliatifs était la prise en charge des symptômes notamment de la douleur qui était d'intensité modérée à sévère chez les patients. La moitié de nos patients présentaient des troubles anxiodépressifs. Des efforts doivent être faits à travers le programme de lutte, de dépistage, de diagnostic précoce et de traitement du cancer.

## **Recommandations**

### **Aux autorités administratives et sanitaires :**

- Institutionnaliser les soins palliatifs
- Développer la législation relative à l'accès aux soins palliatifs
- Multiplier les campagnes de sensibilisation à travers les médias et les réseaux sociaux sur le cancer
- Faciliter l'accès aux soins de la population dans la prise en charge de la maladie cancéreuse

### **Aux structures hospitalières**

- Uniformiser la prise en charge en soins palliatifs
- Création d'un registre de soins palliatifs
- Elaborer un programme de formations pour le personnel soignant
- Assurer la disponibilité et l'accessibilité pour les médicaments essentiels en soin palliatif
- Intégrer systématiquement une prise en charge psychologique chez les patients présentant un cancer

### **Au personnel soignant**

- Développer une bonne communication avec le patient tant sur sa maladie que sa prise en charge
- Prendre le patient dans sa globalité
- Ecouter, entendre, comprendre le patient et sa famille et leur faire participer aux décisions médicales.

### **A la population**

- Se faire dépister précocement
- Comprendre que le cancer n'est pas une fatalité



# **REFERENCES**

## REFERENCES

1. **Lofandjola JM, Kiswaya Sumaili E, Petermans J.** Fardeau des maladies chroniques en Afrique subsaharienne : plaidoyer pour une mise en place des soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie en République démocratique du Congo. *Ethics Med Public Health.* juill 2017;3(3):374-80.
2. **Stipon M.** État des lieux de la prise en charge en soins palliatifs en médecine générale en Seine-Maritime et dans l'Eure. [Thèse de doctorat] Rouen, France : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen ;2016.
3. SFAP. Définition et organisation des soins palliatifs en France ; 2014 <https://sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>
4. WHO. Soins palliatifs ; 2020 : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
5. **Bruera E, Castro M.** Une nouvelle définition des soins palliatifs. *InfoKara.* 2003;18(1):1-4.
6. African Palliative Care Association. L'histoire des soins palliatifs ; 2020 : <https://www.africanpalliativecare.org/awareness/the-history-of-palliative-care/>
7. **Saunders C, Baines M, Dunlop R.** Living with dying – A guide to palliative care, Third Edition, Oxford University Press, 1995, 65 pages
8. Médecins sans frontières. Mali : accompagner les patients atteints de cancer à Bamako ;2020 :<https://www.msf.fr/decouvrir-msf/nos-operations/mali-accompagner-les-patients-atteints-de-cancer-a-bamako>
9. SFAP, A propos des soins palliatifs, La lettre d'Informations Hospitalières, Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés n°36, p. 20-21, 2000.
10. **Kasirye S.** The Pentecostal movement in Uganda: a souvenir for the Golden Jubilee (1960-2010). 2010.
11. International Association for the Study of Pain Subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain Suppl.* (1986); 3: S1-226.

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

12. **Tibi-Levy Y.** Les équipes hospitalières de soins palliatifs dans le processus de rationalisation des soins. Entre engagement idéologique et contraintes financières. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. avr 2009;8(2):86-90.
13. **Meriggi F.** Dyspnea in Cancer Patients: A Well-Known and Neglected Symptom. Rev Recent Clin Trials. 7 mai 2018;13(2):84-8.
14. **Hardy E, Renaud M.** Les troubles neuropsychiatriques, p. 230-247, Manuel de Soins Palliatifs, DUNOD, 2001, 773 p.
15. **Monique F.** « Épidémiologie nutritionnelle », UMR U 557 Inserm, U 1125 Inra, Cnam, Université Paris 13
16. **Dibie F, Chavane V.** Confusion, dépression, démence chez le sujet âgé. Rev Prat 2008 ;58 :1021-27
17. **Palazzolo J.** De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique. Le journal des psychologues 2019 (369) :72-77
18. **Yates P.** Symptom Management and Palliative Care for Patients with Cancer. Nurs Clin North Am. mars 2017 ;52(1):179-91.
19. **WHO.** model list of essential medicines - 22nd list, 2021: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-MHP-HPS-EML-2021.02>
20. **Michenot N, Rostaing S, Baron L, Faure S, Jovenin N, Hubault P, et al.** La morphine dans le cadre du changement d'opioïdes ou de voie d'administration, chez l'adulte avec une douleur due au cancer. Bull Cancer (Paris). nov 2018;105(11):1052-73.
21. **Lemaire A.** Une nouvelle modélisation de la douleur du cancer : le concept de douleur multimorphe. 2020.
22. **ONCORIF.** Les soins oncologiques de support ; 2021 : <https://www.oncorif.fr/prises-en-charge-specifiques/les-soins-oncologiques-de-support/>
23. **Sudhakar A.** History of Cancer, Ancient and Modern Treatment Methods. J Cancer Sci Ther. 2009;01(02):i-iv.

24. **Asri F, Khouchani M**, de Radiothérapie-Oncologie P, Amro L. Professeur de Pneumologie. :111.
25. **Nicolas PH**. Profil des patients hospitalisés a l'Unité de Soins Palliatifs de l'Hopital Nord-Ouest De Trevoux. :54.
26. **Visentin A, Mantovani M de F, Kalinke LP, Boller S, Sarquis LMM**. Palliative therapy in adults with cancer: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm. avr 2018;71(2):252-8.
27. **Kumar G, Panda N, Roy R, Bhattacharjee G**. An observational study to assess the socioeconomic status and demographic profile of advanced cancer patients receiving palliative care in a tertiary-level cancer hospital of Eastern India. Indian J Palliat Care. 2018;24(4):496.
28. **Patrick NP**. Incidence et la mortalité par cancer au mali : données du registre du cancer de 1995 à 2004. Thèse de médecine, Bamako, 2006, N0 06M44
29. **Couto ME, Oliveira I, Mariz M, Ferraz Gonçalves J**. The profile of the onco-hematology patient in the palliative care: 4 years of experience. Porto Biomed J. nov 2019;4(6):e39.
30. **Silvia A-P, Adriana P-N, Laura G-G, Edith M-C, Emma V-A**. Reality, Delays, and Challenges within Pain Prevalence and Treatment in Palliative Care Patients: A Survey of First-Time Patients at the National Cancer Institute in Mexico. J Palliat Care. juill 2021;36(3):181-7.
31. **Erwan T**. La douleur du cancer, d'hier à aujourd'hui...elle persiste ! Mais pourquoi ? Douleurs Éval - Diagn - Trait. avr 2019;20(2):55-8.
32. **Batra A, Yang L, Boyne DJ, Harper A, Cuthbert CA, Cheung WY**. Symptom burden in patients with common cancers near end-of-life and its associations with clinical characteristics: a real-world study. Support Care Cancer. juin 2021;29(6):3299-309.
33. **Pr Ibrahim Teguéte** à propos du cancer de sein : « C'est un cancer fréquent et qui tue beaucoup » : <https://www.maliweb.net/sante/pr-ibrahim-teguete-a-propos-du-cancer-de-sein-cest-un-cancer-frequent-et-qui-tue-beaucoup-2852902.html>



34. **Miranda B, Vidal SA, Mello MJG de, Lima JT de O, Rêgo JC, Pantaleão MC, et al.** Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care. *Rev Assoc Médica Bras.* juin 2016;62(3):207-11.
35. **Hong JS, Tian J.** Prevalence of anxiety and depression and their risk factors in Chinese cancer patients. *Support Care Cancer.* févr 2014;22(2):453-9.
36. **Ghosn M, Boutros C, Geara S, Kattan J, Nasr F, Chahine G.** Experience with palliative care in patients with advanced cancer at a tertiary care hospital in a developing country. *Support Care Cancer.* avr 2011;19(4):573-5.
37. **Berthold D, Carrasco AJP, Brachvogel S, Sibelius U, Eul B, Dumitrascu R, et al.** Changes in Pain Medication Profile among Patients Admitted to Specialized Home Palliative Care in Relation to Referral Source : An Exploratory Study. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 1 oct 2020 ;34(4) :184-91.
38. **Haumann J, Joosten E (Bert) A, Everdingen MHJ van den B.** Pain prevalence in cancer patients : status quo or opportunities for improvement? *Curr Opin Support Palliat Care.* Juin 2017;11(2):99-104.
39. **Bouleuc C, Burnod A, Angellier E, Massiani M-A, Robin M-L, Copel L, et al.** Les soins palliatifs précoces et intégrés en oncologie. *Bull Cancer (Paris).* Sept 2019 ;106(9) :796-804



# **ANNEXES**

## ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE

Numéro :

#### I-ASPECT SOCIODEMOGRAPHIQUE

- A. Sexe : 1-Masculin  2-Feminin
- B. Age : .....
- C. Profession : 1-Etudiant  2-Commerçant  3-ménagère  4-  
fonctionnaire   
5-Autres
- D. Statut matrimoniale : 1-Celibataire  2-Marié(e)  3-Divorcé(e)
- E. Ethnie : .....
- F. Résidence :
- Bamako : 1-Commune I  2- Commune II  3-Commune III   
4-Commune IV  5-Commune V  6-Commune VI
- Autres régions :

#### II-ANTECEDENTS ET CRITERES DE RECOURS AUX SP

- A. Antécédents médicaux
1. Cancer , si oui précisez
  2. HTA
  3. Diabète
  4. Asthme
  5. Autres
- B. Antécédents familiaux de cancer ? si oui type.....
- C. Critères de recours en soin palliatif selon l'ASCO (the oncologist) :
1. Prise en charge des symptômes

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

2. Détresse psychosociale
3. Pronostic
4. OMS
5. Fin de vie

**III- ASPECT CLINIQUE ET PARACLINIQUE**

A. Motif d'admission : .....

B. Evaluation de l'état général selon le score de l'OMS :

**ECHELLE OMS (performans status)**

**Tableau 3 - Classification de l'index d'activité (performance status) selon l'échelle de l'ECOG.**

Cotation	État général du patient
0	Activité normale.
1	Capable de réaliser des petits travaux, ambulatoires.
2	Incapable de travailler, capable de s'occuper de lui-même, debout plus de 50 % du temps de veille.
3	Confiné au lit ou au fauteuil plus de 50 % du temps de veille.
4	Confiné au lit et incapable de s'occuper de lui-même.

C. Poids :

D. Indice de masse corporelle ( $IMC P/T^2=.....$ ) :

1. Amaigrissement
2. Normal
3. Surpoids
4. Obésité

E. Signes cliniques :

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

Douleur	Fièvre	AEG	Dyspnée	Nausées et vomissements	Diarrhée	Constipation	Déshydratation	Ascite	OMI	Ictère

F. Douleur classée selon l'échelle de Calebasse

- a) Pas de douleur
- b) Douleur légère (1-3)
- c) Douleur modérée (4-6)
- d) Douleur sévère (7-10)

G. Plaie

- a) Site :
- b) Type :
- c) Stade : fibrineux épidermoïde nécrosé
- d) Douleur : oui non
- e) Infecté : oui non
- f) Couleur : rouge jaunâtre
- g) Hémorragie : plus moins
- h) Taille : ≤5 5-10 10-20 20-40 ≥50

**IV- DONNEES SUR LA PATHOLOGIE CANCEREUSE**

- A. Type de cancer : 1-Sein  2-Col  3-Prostate  4-Vessie   
 5-Poumon  6-Colorectal  7-Estomac  8-Thyroïde  9-Lymphome   
 10-Pancréas  11-Myélome  12-Tumeur trophoblastique gestationnelle   
 13-Utérus  14-Ovaire  15-Larynx  16-Os  17-Peau  18-Rein   
 19-Leucémie  20- Autres

B. Système de classification et stadification selon le type de cancer (TNM, FIGO, Ann Arbor) : .....

C. Site de métastase :

D. Nombre de métastase :

## PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G

E. Date du diagnostic :

F. Type histologique : .....

### IV-PSYCHOLOGIE

#### PHQ-4: THE FOUR-ITEM PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE FOR ANXIETY AND DEPRESSION

Over the last two weeks, how often have you been bothered by the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
Feeling down, depressed or hopeless	0	1	2	3
Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
TOTALS				

Total score is determined by adding together the scores of each of the 4 items.

Scores are rated as normal (0-2), mild (3-5), moderate (6-8), and severe (9-12).

Total score  $\geq 3$  for first 2 questions suggests anxiety.

Total score  $\geq 3$  for last 2 questions suggests depression.

Reprinted with permission from Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50(6):613-21. From *Principles of Neuropathic Pain Assessment and Management*, November 2011.

### III- TRAITEMENT

A. Chimiothérapie : oui ou non

Date de début :

Type de chimio : curatif ou palliatif

Date de fin :

Protocole de chimio :

Nombre de cures :

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET  
DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

Réponse-tolérance :

B. Chirurgie : oui ou non

Date :

Type :

Visée palliative ou curative :

Suites opératoires :

C. Hormonothérapie

D. Radiothérapie

Date de début :

Date de fin :

Visée curative ou palliative :

Site irradié :

Dose d'irradiation :

Réponse-tolérance :

E. Chirurgie : oui ou non

Date :

Type :

Visée palliative ou curative :

Suites opératoires :

Antalgique :

a) Palier 1 : paracétamol

b) Palier 2 : tramadol

c) Palier 3 : morphine

F. Corticothérapie : oui ou non

a) Dexamethasone

b) Solumedrol

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

G. Antibiothérapie : oui ou non

Si oui à préciser .....

H. Antidépresseur : oui ou non

Si oui à préciser .....

I. Antipyrétique : oui ou non

Si oui à préciser .....

**IV- SUIVI ET EVOLUTION**

A. Douleur

	J1	J2	J3	S1	S2	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Score selon calebasse											
Score selon EVA											

Le traitement a-t-il été réajusté ? oui ou non

Si oui à préciser .....

B. 2-Plaie tumorale

	J1	S1	S2	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Site									
Type									
Douleur									
Infecté									
Couleur									
Hémorragie									
Taille									
Evolution									

Le patient a-t-il subi une tumorectomie ? oui ou non



**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G**

**C. 3-OMS**

	J1	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8
OMS									

L'état du patient a-t-il nécessité une hospitalisation au cours de ces mois ?

Si oui préciser le nombre.....

oui ou non

Prescription d'antidépresseur ? oui ou non

Si oui à préciser .....

D. Stade du cancer : apparition de métastase ? oui ou non.....

E. Durée d'hospitalisation (plus long séjour ou 1ere hospitalisation ????).....

G. Nombre de ré hospitalisation .....

# PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES PATIENTS EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT DU CHU DU POINT G

## Fiche signalétique

**Nom** : WEMBE SOP DIAKE

**Prénom** : Magne Cindy

**Email** : [cindymagne@gmail.com](mailto:cindymagne@gmail.com)

**Titre de la thèse** : Profil épidémiologique-clinique des patients en unité de soins palliatifs et soins de support du CHU Point G

**Ville de soutenance** : Bamako

**Pays d'origine** : Cameroun

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

**Secteur d'intérêt** : Hématologie-Oncologie médicale

### Résumé

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Le but de notre travail était d'étudier le profil épidémiologique-clinique des patients en unité de soins palliatifs et de supports du CHU Point G.

Il s'agissait d'une étude descriptive et prospective se déroulant de juin 2021 à novembre 2021, soit une période de 6 mois ; notre étude incluait tous les patients atteints de cancer solide ou d'hémopathies malignes admis en unités de soins palliatifs et de support du CHU Point G.

L'étude a porté sur 82 patients admis en unité de soins palliatifs et de support. La tranche d'âge dominante était celle de 31 à 50 ans avec un effectif de 35 soit 42,68%. Le sexe féminin était le sexe dominant et représentait 72% de nos patients. L'âge moyen de notre étude était de 46,72±15ans. La profession la plus fréquente était ménagère, avec un effectif de 50, soit un taux de 60,98%.

La prise en charge des symptômes était le principal critère de recours en soins palliatifs avec un effectif de 75 soit un taux de 91,46%. La douleur était le principal symptôme retrouvé chez tous nos patients soit présente dans 100% des cas. Chez 38 de nos patients la douleur était insupportable, soit un taux de 46,34%.

Le cancer du sein était le plus représenté avec un effectif de 37 soit 45,12% des cancers. Le carcinome était le type histologique le plus retrouvé avec un effectif de 71 soit un taux de 86,59%. Chez 56 de nos patients (68,29%) le cancer était à un stade métastatique. Les poumons étaient le principal site de localisation secondaire des tumeurs avec un effectif de 16 soit un taux de 28,57% des cas métastatiques.

Chez 39 patients on ne retrouvait pas de troubles psychologiques à type d'anxiété ou de dépression soit un taux de 47,56%.

En ce qui concerne l'évolution au bout de 6 mois, nous avons eu 19 décès, 13 patients perdus de vues et 50 patients vivants.

**Mots clés** : Cancers, soins palliatifs, onco-hématologie

## **Information Sheets**

**Name:** WEMBE SOP DIAKE

**First name:** Magne Cindy

**Email:** [cindymagne@gmail.com](mailto:cindymagne@gmail.com)

**Title of thesis:** Epidemiological and Clinical Profile of Patients in the Palliative and Supportive Care Unit of the Point G University Hospital.

**Year:** 2020-2021

**City:** Bamako

**Nationality:** Cameroon

**Place of Deposit:** Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

**Interest:** Hématology-Medical oncology

### **Abstract**

Palliative care is active care delivered in a global approach to the person suffering from a serious, progressive or terminal illness. The goal of palliative care is to relieve physical pain and other symptoms, and to address psychological, social and spiritual suffering.

The aim of our work was to study the epidemiological and clinical profile of patients in the palliative and supportive care unit of the Point G University Hospital.

It was a descriptive and prospective cross-sectional study taking place from June 2021 to November 2021, a period of 6 months. Our study included all patients with solid cancer or hematological diseases admitted to the palliative and support care units of the CHU Point G.

The study included 82 patients admitted to the palliative and supportive care unit. The dominant age group was 31 to 50 years with a total of 35 patients (42.68%). Females were the dominant, representing 72% of our patients. The average age of our study was  $46.72 \pm 15$  years. The most frequent occupation was housewife, with a headcount of 50, i.e. a rate of 60.98%.

Symptom management was the main criterion for referral to palliative care, with a total of 75 patients, a rate of 91.46%. Pain was the main symptom found in all our patients, i.e. present in 100% of cases. In 38 of our patients, pain was unbearable, i.e. a rate of 46.34%.

Breast cancer was the most represented with 37 patients, i.e. 45.12% of cancers. Carcinoma was the most common histological type with 71 patients, i.e. a rate of 86.59%. In 56 of our patients (68.29%) the cancer was metastatic. The lungs were the main site of secondary localization of tumors with a number of 16 or a rate of 28.57% of metastatic cases.

In 39 patients, there were no psychological disorders such as anxiety or depression, i.e. a rate of 47.56%.

Regarding the evolution after 6 months, we had 19 deaths, 13 patients lost to follow-up and 50 patients alive.

**Key Word:** Cancer, palliative care, onco-hematology

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure devant l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !!