

Présentation Cas clinique

5 Juin 2014.

1- Situation sociale :

Mme L. âgée de 69 ans, a deux filles (dont une infirmière), qui ne sont pas en très bon terme. L'aînée est la plus proche. Veuve (Mari décédé d'un cancer, elle l'a accompagné jusqu'au bout).

2- Histoire de la maladie :

Patiente suivie par un gastroentérologue pour une sigmoïdite diverticulaire.

Elle est hospitalisée en médecine du 3 sept au 17 sept. 2013 pour douleur et traitement antibiotique. Elle ne réagit pas comme prévu aux antibiotiques mais ne veut pas rester hospitalisée plus longtemps.

Elle est ré-hospitalisée le 30 sept. 2013 en médecine toujours car très douloureuse. Une coloscopie est faite : diverticulite sténotique pseudo-tumorale (l'anapath sera négative). La chirurgie lui est proposée.

La patiente est très anxieuse et réticente, grande discussion entre elle et ses filles. Refuse d'avoir une stomie. Est aussi stressée par la pose d'une VVC.

3- ATCD :

Polyarthrite rhumatoïde, Hernie hiatale, HTA, Sténose carotidienne, PTH, Césarienne, Eventration, Occlusion sur bride.

4- Traitement personnel :

Sotalex 1/jr, Inexium 1/jr, Lodales 1/jr.

5- Objectif :

Intervenir pour diminuer voire faire disparaître la douleur.

6- Déroulement de l'hospitalisation :

Intervention faite le 8 oct. 2013, un colon sous laparo.

A **J0**, la patiente revient avec une VVP, une SV et 2 lames sur poches. Avec une réa classique + une PCA de morphine.

La patiente n'a pas eu la pose de la VVC comme prévu lors de l'intervention, elle sera faite à **J2** : ce qui a angoissée la patiente.

Les premiers jours se déroulent bien, la patiente est volontaire, se lave seule, veut se déplacer seule. Patiente qui aime parler et plaisanter. Elle utilise la PCA de façon régulière (79mg à J4).

A **J6**, la patiente est beaucoup plus algique, a des difficultés à se lever. Vu avec le Chirurgien : scanner abdo demandé : collection pelvienne séro hématique : la patiente est mise sous ATB et la ponction sous scanner de la collection ainsi que la pose d'un drain au niveau de la fesse droite sont effectuées.

Après cet épisode, la patiente est très fatiguée, n'a toujours pas repris de transit ni de gaz. Beaucoup plus angoissée par la suite. La PCA est toujours en place à **J8** avec 122mg. Elle est plus plaintive que les premiers jours, difficile d'évaluer si c'est de la douleur liée à l'intervention, à sa PR ou si c'est l'angoisse qui amplifie les réactions.

A **J9**, épisode de frissons sans fièvre avec hémocs faites, les lames et les drains sont enlevés car ne donnent rien.

A **J14**, la patiente est toujours démotivée, ses filles la trouvent déprimée. Toujours nauséuse malgré l'arrivée des premières selles liquides.

Se sert toujours de la PCA à 161mg à **J15** : arrêt ce jr là car ralentie le transit.

Elle commence à être confuse par moment.

A **J16**, mutation en chambre pour qu'elle puisse retrouver ses repères et avoir ses filles auprès d'elle. Le jour même, petite désorientation avec propos incohérents. Se sent abandonnée, angoissée malgré la présence de sa fille.

En chambre, reprise franche du transit, à **J20** ablations de la VVC et de la SV et une sortie est prévue dans 2 jours.

A J21, la patiente a des propos incohérents, appelle sa fille affolée, dit vouloir mourir, partir dans une autre clinique.

Elle est de nouveau très algique, vomissements biliaires et hyperthermie. Elle est donc reperfusée, mise sous ATB et un scanner est demandé : il montre une petite fistule borgne.

La patiente reprend un peu de force, se douche seule, se mobilise avec le déambulateur. Se sent mieux.

A J24, moins bien, est mutée en USC, pose d'une SV car globe de 1l et l'orifice du drain est purulent. Mais peut continuer à s'alimenter.

La fille aînée est vue par le chirurgien pour expliquer où on en est.

A J28, après réflexion entre chirurgien, patiente et ses filles, la reprise au bloc est décidée.

Le chirurgien suspecte un foyer abcédé péri anastomotique. La stomie devient indispensable.

Retour de bloc avec VVC, VVP, SNG/poche, SV, sonde de Salem gauche en aspiration douce et la patiente a été transfusée de 3 CG.

Plaies au niveau du grêle pendant intervention très compliquée.

La patiente vit très mal le fait d'avoir la stomie, a l'impression d'être revenue en arrière. Encore plus angoissée qu'avant. Commence à avoir du mal à parler à cause de candidose buccale.

A J29/J1, la patiente est agitée, confuse, elle s'arrache la VVP et la SNG. Est toujours algique. Il est difficile d'évaluer la douleur.

Avec ses ATCD de PR, le fait de rester aliter augmente la douleur de dos.

Elle est quand même levée pour diminuer ces douleurs, gémit sans arrêt, ne sait plus dire où elle a mal. Se plaint aussi de sa bouche : langue rôtie, soins de bouche faits très régulièrement.

A J35/J7, on remet en place le tranxène dans les perfusions car a des crise de panique, surtout le matin quand elle n'a pas pu avoir sa fille au téléphone.

Mise en place d'une irrigation avec bétadine sur la sonde de salem qui donne purulent.

Sa fille a Rdv ce jour-là avec le gastro, et le chirurgien voudrait faire le point avec elle . Le gastro nous appelle pendant le rdv avec sa fille aînée (qui est tjs en déni de l'état de sa mère) pour changer les antalgiques.

Toujours très algique, pleure, gémit. Se calme après l'administration des antalgiques mais la douleur revient vite. Pose d'un durogésic 12mg et arrêt du tranxène.

A **J37/J9**, décharge septique avec hyperthermie, frissons, tachycardie. (hémocs faites sur VVP et VVC). Remise sous ATB, et plus de selles depuis 2 jrs.

Rajout de triflucan pour la candidose buccale.

A **J39/J11**, le chirurgien décide de mobiliser la sonde de salem et de la refixer par un point. Difficile à supporter pour la patiente déjà algique et fatiguée.

La stomie donne correctement.

Malgré tout cela, l'état général de la patiente ne s'améliore pas. Changement de réa fait. La médiane a un écoulement purulent en bas. Mise en place d'une poche ; la patiente se retrouve avec 3 poches, pansements longs et douloureux.

On continue à stimuler la patiente, on l'a lève (sur prescription du chirurgien) qui pense que cela va aider à aller mieux.

A **J41/J13**, la patiente est mise au fauteuil après la toilette et la réfection longue et douloureuse des pansements. Elle est recouchée en début d'après midi : très somnolente, difficilement réveillable. Saigne au niveau de la bouche. (baisse des plaquettes : arrêt des HBPM)

Soins de bouche et de confort faits.

Ses filles sont toujours très présentes mais la plus âgée est toujours dans le déni.

La patiente est de moins en moins consciente. Elle désature. Ses filles restent auprès d'elle même la nuit.

A **J44/J16** , l'anesthésiste décide l'arrêt de tous les traitements curatifs (ATB,sando..) après avoir parlé aux filles.

La patiente a l'air toujours douloureux, mise sous PSE de morphine + hypnovel. Dans l'après midi, diminution de l'O2 et augmentation de la PSE sous

prescription de l'anesthésiste. Fait en accord avec sa fille IDE mais sans rien dire à l'autre.

Dans la nuit, peu réactive, TA chute, désaturation. Massage+ soins de bouche faits. A 6h, patiente aréactive.

La patiente décède à 8h30 avec ses filles à ses côtés.

CONCLUSION

A J45/J17, en fin de matinée, le cadre du service voit son équipe en pleure.

L'aide soignante verbalise cette situation de mal-être par le rejet de leur profession.

Elles se décrivent comme inutiles, incompetentes :

« Si c'est ça de soigner les gens, on n'a pas pris en compte sa souffrance... »
Est à la limite de démissionner.

Le cadre décide de parler avec le chirurgien de l'état de son équipe. Il intervient spontanément et dévoile sa stratégie thérapeutique.

En suivant, proposition à l'équipe d'un staff avec l'équipe mobile de soins palliatifs. Celle-ci est acceptée.

Présence du gastroentérologue qui lui aussi a expliqué à l'équipe la prise en charge de la patiente depuis le début. Nous dit s'être retrouvé dans la même position que l'équipe soignante face à une patiente « attachante » et « sympathique ».

ATTITUDES PATIENTE

- Souvent en opposition avec les médecins (stomie)
- Angoisse fréquente et régulière pour différents motifs
- Agitation, confusion, propos incohérents
- Hyperalgique
- Evolution en dent de scie
- Avenante et chaleureuse, attachante
- Veuve suite au décès de son mari d'une longue maladie désir de réunir ses filles. →

ATTITUDES FAMILLE

- Conflit familial : rupture entre les filles
Très présentes pour leur mère
- Fille aînée, la plus fusionnelle et la plus dans le déni
- Toujours dans l'espoir de guérison
- Très demandeuse auprès des médecins
- Installation d'une relation particulière entre famille/soignant

ATTITUDES SOIGNANTES

- Evolution de l'empathie vers la sympathie
- Sentiment d'impuissance
- Présence de la famille lors des soins
- Pas de communication médecin/soignant soignant/médecin
- Retour des rencontres partagées uniquement par la fille aînée (dans le déni)

ATTITUDES MEDICALES

- Intervention de divers anesthésistes
- Pas de concertation médecin/médecin
- Aucun retour sur les rencontres avec la famille
- Prescriptions curatives

