



7^{ème} journée d'information et de réflexion sur les LISP

Les LISP dans le parcours de soins : Prise en charge oncologique complexe en LISP

Dr H. MINAZZI
EMSP Briançon

Paris octobre 2025

Cas clinique : Mme O. Émilie, 33ans

- Mariée un enfant
- Kinésithérapeute
- **HDM**
- Césarienne mai 2020
- Diagnostic octobre 2020 : Adénocarcinome du colon transverse d'emblée métastatique au niveau hépatique et péritonéal
- Prise en charge IPC Marseille (chimiothérapies, chirurgies)
- Chimiothérapies FOLFIRINOX, FOLFOX, FOLFIRI AFLIBERCEPT, LONSURF)
- Réponse partielle

- Chirurgie colique + omentectomie mars 2021
- Chirurgie hépatique coelioscopique septembre 2021
- Annexectomie bilatérale janvier 2022
- Absès rectal et traitement médico-chirurgical janvier 2023
- Progression hépatique ,ganglionnaire sus et sous diaphragmatique et péritonéale
- Chimio jusqu'en novembre 2023. Relative stabilité Pause pendant les fêtes
- Mi décembre douleurs abdominales , pelviennes, aïsne D
- Atteinte pelvienne nécrotique Radiothérapie antalgique envisagée

- Février 2024: FOLFIRI
- Traitement antalgique: Oxycontin 20 x2 Oxynormoro 10
- Solupred, Laroxyl le soir , Néfopam, Paracétamol
- **Avis Algologique IPC et contact régulier tel avec la patiente pour adaptation posologique**
- Pas d'amélioration .Oxycontin 40x2 Oxynormoro 15
- ADP > 10 Ajout Kétoprofène , Abstral
- **Fin février : 1° CS EMSP** demande du médecin traitant pour avis algologique
- La patiente a « tiqué sur soins palliatifs »
- EG conservé, amaigrissement modéré depuis début d'année constipation ,mictions difficiles

- Combative, dans la maîtrise, ne se dit pas déprimée ni angoissée
- Bien entourée par sa famille, collègues kiné, ostéopathe, kinésiologue, acupuncture. Hypnose
- Met à distance certaine réalité de sa maladie, déni.
- « je patiente car je sais que je vais rebondir »
- « ça va aller si je n'ai plus mal »
- « personne ne sait expliquer mes crises douloureuses »
- « je me demande si ce n'est pas articulaire »
- « c'est long ... de rater les copains, la saison d'hiver »

- Mars 2024: lésions pulmonaires suspectes, majoration des lésions hépatiques, lésions cérébrales
- **Prise en charge palliative actée. Quelles informations à la patiente ,au conjoint?**
- Douleurs toujours mal contrôlées. Pompe intrathécale évoquée
- Nouvelle ligne de chimio LONSURF
- 3 séances de radiothérapie cérébrale stéréotaxique et corticothérapie
- PCA OXYCODONE 8,5 mg/h bolus de 25 mg et Laroxyl, Kétoprofène, Solupred, Paracétamol Acupan
- Douleurs EN 4 à 5 pics 9 à 10

- **Douleurs réfractaires.** Patiente toujours à domicile
- Ne veut pas de visite de EMSP à domicile .
- Liens de EMSP avec IDEL ,médecin traitant ancienne collègue ,en grandes difficultés et toujours avec IPC (SP et algologie)
- Proposition de Kétamine
- La patiente ne souhaite pas de transfert à IPC ni USP Gap
- **1 °Hospitalisation en LISP CHB avril 2024 15j**
- **Cure de Kétamine** 0,5 mg/kg puis 1 mg /24H
- Peu d'effets sur les douleurs
- Ajout de **Méthadone** comme co antalgique
- Patiente accepte la proposition de pompe intrathécale

- Angoisses ,axées sur les douleurs
- Alprazolam puis Séresta puis Midazolam 0,3 mg/h en continu
- Retour à domicile compliqué .IDEL au tel ou mail presque tous les jours avec EMSP et médecin des LISP
- **10 Mai RDV IPC pour imagerie,bilan pré pose de PIT et CS oncologie**
- Patiente toujours douloureuse ,transfert médicalisé envisagé avec IDE
- **2 ° Hospitalisation en LISP pour organiser le transfert .**
- Sédation légère sous Midazolam
- TDM :importante progression de toutes les lésions .EP
- **Annonce d'arrêt de traitement oncologique**
- Pas de PIT car pronostic à court terme .
- **Infos sur des soins palliatifs exclusifs en présence du mari**

- **3 °Hospitalisation en LISP le 22/5**
- Douleurs ++ abdominales irradiant au sacrum
- AEG
- OMinf
- La patiente souhaite dormir, être mieux soulagée et avoir une permission pour la fête des mères
- Sédation abordée par une amie médecin et souhaite en parler
- Patiente soulagée de savoir que c'est possible :sédation intermittente, en cas de détresse vitale ou profonde et continue maintenue jusqu'au décès
- Majoration de tous les antalgiques

- Permission WE fête des mères
- Recrudescence des douleurs .
- Avis algo ; switch pour PCA de Sufentanyl
- Pas d'amélioration
- Péridurale acceptée
- Demande de SPCMD le 1 juin
- Midazolam et Propofol avec aide d'anesthésiste
- Décès de la patiente le 1 juin en présence de ses proches

Discussion

- **Prise en charge en LISP ?**
- En théorie pas adaptée ... Mais zone de montagne ,hôpital de proximité, USP à 2h si tout va bien, IPC Marseille à 4h
- Souhait d'une patiente jeune, mère d'un enfant en bas âge, très combative
- Équipe médicale, soignante, très investie. Médecin des LISP « surinvestie » y compris par la patiente.
- Mais soignants en nombre insuffisant. Pas de personnel supplémentaire pour les LISP.
- Limites des compétences sur les douleurs réfractaires et sur les techniques possibles.
- Soutien de l'équipe par EMSP
- Sur le plan éthique : mobilisation des soignants parfois au détriment des autres patients
- Pas de limites dans la recherche de solutions
- Ex : accompagnement de la patiente en maternité pour des bains
- IDE du service pour transfert médicalisé à IPC
- Dysfonctionnements et souffrances de l'équipe évoqués des semaines durant et en supervision
- Idem pour l'EMSP en supervision

- Situation exceptionnelle ...
- Mais d'autres situations complexes sont prises en charge au CHB
 - patients jeunes oncologiques
 - douleurs réfractaires
 - occlusions sur carcinose
 - maladies neurodégénératives et demande de sédation
- La graduation de prise en charge en niveau 1,2,3 est tout à fait inopérante dans notre secteur (et dans d'autres !)

Conclusion

- La majorité des lits de soins palliatifs sont des LISP
- Pas d'USP dans chaque département
- Lits d'USP insuffisants
- Hôpitaux de proximité confrontés à tous les cas de figure des SP
- Les services avec LISP font face « comme ils peuvent »
- Manque de moyens et de compétences
- Long chemin à parcourir pour améliorer la prise en charge de ces patients