

Table ronde

18 septembre 2026



Femme de 68 ans

Cancer de l'ovaire de type séreux de haut grade, de stade avancé, inopérable, HRD négatif, traité par 6 cures de chimiothérapie **TAXOL - CARBOPLATINE**

Diagnostic mai 2024

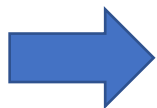
Mode de vie

- Vit avec son mari
- 3 enfants
- 5 petits-enfants



Aout 2024 : 1^{ère} rencontre IDE EMSP

- **3 mois après le diagnostic**
- Hospitalisée pour vomissements, douleurs, détresse psychologique
- Est au claire sur le fait qu'elle ne guérira pas car elle est non opérable
- Elle essaie de ne pas tout le temps penser à la maladie et à l'incertitude
- Son mari a "apparemment" plus de difficultés : groupe de parole des aidants
- Elle pose des questions sur la prise en charge antalgique, a peur de souffrir

 Écoute et réassurance ++

PEC palliative précoce

Prise en charge patient et proches

Évolution : traitement oncologique



Changement de ligne

- **AVASTIN** en entretien depuis octobre 2024.
- En avril 2025 : réascension du CA125 et progression péritonéale.
- Reprise d'une chimiothérapie par **CAELYX - CARBOPLATINE**
- Bilan après 3 cures : globale stabilité, légère majoration millimétrique d'une lésion hépatique et splénique.
- Du 24/09 au 20/10/25 : Aggravation clinique avec syndrome occlusif.
- Mise en place : **ELAHERE.**

Consultation avec oncologue à chaque étape pour discuter résultats et projet thérapeutique

Suivi EMSP lors des chimiothérapie en HDJ-ONCO

Octobre 2025 : hospitalisation de 4 semaines

Sur le plan de l'alimentation

- Il est difficile pour elle de ne pas être rythmée par les repas

Réévaluations bi-hebdomadaires par EMSP

Accepte la sonde d'aspiration et
alimentation parentérale

Sur le plan des traitements spécifiques

- A eu injection d'immunothérapie

Elle espère beaucoup de ce traitement

Sur le plan psycho-social

Autonome pour les actes de la vie quotidienne (toilette, marche sans aide).

Thymie améliorée

Refus psychologue

Accompagnement pluriprofessionnel :
socio-esthétique+++

Novembre 2025 : nouvelle hospitalisation

- Elle est très inquiète de la situation
- Elle évoque une qualité de vie altérée par les hospitalisations répétées
- Thymie triste : difficultés de se voir avec tous "les tuyaux"
- N'arrivent plus à faire de projets, notamment de retour à la maison
- Aimeraient pouvoir faire plus d'activités, trouvent le temps long
- Interrogations sur sa fin de vie : anxieuse d'être douloureuse

N'envisage pas de rentrer à domicile avec la SNG, la nutrition parentérale et les perfusions

Décembre 2025

Symptômes physiques

- Douleurs abdominales et nausées

Réévaluations bi-hebdomadaires par EMSP

Trouble anxieux

- troubles du sommeil
- Patiente inquiète car suspecte une rechute dépressive chez son mari aidant.

Accompagnement

- Patiente peu favorable initialement à la prise en charge psychologique, proposition renouvelée ce jour, patiente accepte.
- Patiente non favorable pour prise en charge sophrologue
- Mise en place d'une kinésithérapie

PEC pluriprofessionnelle

Projet de vie

- Discussion concernant un projet de RAD, difficilement accepté par la patiente avec la présence de la sonde, souhait de pouvoir remanger.
- Rapporte une altération de l'état général progressif, avec plus de difficulté au déplacement et à la station debout
- Réassurance sur possibilité de prévoir des RDV de cs ou des appels téléphoniques et à disposition si besoin pour l'HAD

Nous réitère le souhait de ne pas décéder à domicile si possible
Pour préserver son mari

Projet oncologique et chirurgical

- Discussion avec l'oncologue concernant l'évolution de la maladie : peu contrôlée malgré la chimiothérapie en cours et la persistance de l'occlusion
- Changement de protocole ou évolution vers une prise en charge palliative
- Impossibilité actuel de réaliser une chirurgie de dérivation pour lever l'occlusion et des difficultés de réaliser une AG devant sa fragilité
- Évocation de la pose d'une gastrostomie de décharge, mais qui ne permettrait pas une reprise alimentaire

Peu d'intérêt à réaliser cette intervention selon la patiente

Prise en charge palliative en HAD



Discussion autour de la fin de vie

Directives anticipées abordées

- Est fatiguée de se battre, ne voit plus l'intérêt car la maladie progresse malgré les traitements spécifiques
- A peur de souffrir...

Souhaits oraux quant à sa fin de vie exprimés:

- Ne veut pas d'acharnement
- Ne veut pas souffrir
- Sédation pour souffrance réfractaire abordée (notamment pour souffrance morale et existentielle)
- Ne souhaite pas décédée à domicile



Avril 2026

- Inquiète car abdomen tendu qui commence à la gêner
- Difficile pour elle de faire des projets
 - Dit avoir une vie actuellement faite de privation car ne peut plus manger, ne peut plus se baigner....
 - Nous évoquons la possibilité de partir en vacances pas trop loin (Transfert d'HAD?)
- Accompagnement +++

Demande de la patiente de reprise de chimiothérapie avec discussion en RCP le 07/05/26 : pas de chirurgie à visée carcinologique possible. Compte tenu de l'évolutivité tumorale reprise d'une chimiothérapie par **HYCANTIN** hebdomadaire.

Mai 2026 : 2 ans après le diagnostic

Prise en charge symptomatique +/- imagerie des voies urinaires

Sur le plan rénal :

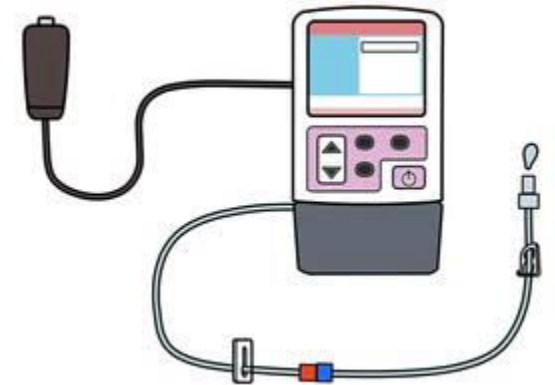
- Dégradation majeure de la fonction rénale

Sur le plan général :

- Prise de poids liée à l'ascite : ponctions d'ascite itératives
- Suspension de la NPE

Sur le plan algique :

- Douleurs abdominales et dorsales
- SAP de FENTANYL



Passages quotidiens voire pluriquotidiens par EMSP

1er juin 2026 : procédure collégiale

Discussion d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès

- Demande réitérée de la patiente depuis une semaine
- Demandes déjà exprimées il y a 6 mois, si la situation devenait insupportable pour elle

Pronostic réservé à très court terme.

Problématiques : Symptômes d'inconfort

- Douleurs plutôt contrôlées avec SAP du Fentanyl
- Ascite volumineux avec oppression+++ et ponctions itératives
- AEG marquée, confinée au lit
- Modification du teint avec changement de stade
- Souffrance existentielle marquée et perdurant malgré une anxiolyse bien conduite

Phase terminale avancée

Retours des équipes

- Elle a exprimé ses souhaits à différents membres de l'équipe : IDE, aide soignante, médecins...
- Elle semble déterminée dans sa décision
- Elle a vu sa famille sur le week end et a pu dire au revoir à tous ceux qu'elle souhaitait
- Les professionnels présents sont en accord avec les souhaits exprimés et y mettent du sens, et trouvent que c'est le "bon moment".

Rencontre de la patiente

- Réitère sa demande
- Situation devenue insupportable
- Explications de la titration, des possibles réveils, le caractère irréversible
- Questionne sur des éléments pratiques : sa toilette, accompagnement de sa famille
- Évocation de la SAD, qu'elle souhaite qu'on lui pose qu'une fois endormie

Rencontre de l'époux :

- Au clair de la situation, en accord avec les souhaits exprimés de son épouse
- Demande qu'elle lui a faite à plusieurs reprises
- Souhaite si possible être présent lors de la sédation
- De même explications de la titration, des risques de réveils...de la durée imprévisible quelques heures à quelques jours...

Propositions effectuées par le RCP

Selon la loi en vigueur, décision de Sédation profonde et continu jusqu'au décès.