



Comité interuniversitaire et interprofessionnel de développement professoral continu (CII-DPC)

Titre du document :

Les situations d'urgence et les détresses en fin de vie

Auteur :

Geneviève Dechêne, Dr.

Ce document est disponible sous licence Creative Common BY-NC-ND
Paternité, sans utilisation commerciale et sans modification





Les situations d'urgence et les détresses en fin de vie

Dr Geneviève Dechêne

CSSS de Verdun

Soins palliatifs à domicile

Situations d'urgences et de détresse en soins palliatifs

- La douleur sévère ou atroce
 - La dyspnée
 - L'hémorragie
 - L'agonie...
-
- Ne seront pas traitées ici les bases de l'utilisation des opiacés et les urgences neuropsychiatriques (agitation, anxiété, délirium).

Médications d'urgence: *Miniguide* de
Palli-Science. www.palli-science.com





M Roger pleure de douleur !

- Vous êtes de garde: M Roger, 89 ans, en Centre d'accueil (SEP avancée) a une carcinomatose péritonéale sévère, occlusion et anorexie terminale.
- Vous le soignez au Centre d'accueil selon son désir de rester dans son milieu de vie jusqu'à la fin.
- Bien soulagé avec Hydromophone Contin 24 mg aux 12 h depuis 3 semaines et entredose de 5 mg hydromorphone, il présente soudainement une **affreuse brûlure abdominale** qui le fait pleurer: son abdomen est *de bois* vous dit l'infirmière.

RESPECTER LA VOLONTÉ DES PATIENTS EN FIN DE VIE

LE CHOIX ME SEMBLE
ASSEZ CLAIR !





Douleur sévère ou atroce: *crise de douleur*

- Apparition subite, intense, ou escalade rapide
- Plus de 3 entre doses (ED) en 3 heures
- Plus de 8 ED dans le dernier 24 heures
- Douleur persistante, sévère, donc plus que 5-7/10
- Douleur atroce subite



Crise de douleur

- Étiologies possibles a rechercher si possible (mais... **soulager d'abord**)
 - Tumeur en croissance rapide avec compression des structures voisines, hémorragie dans la tumeur, infection au niveau de la tumeur
 - Compression racine, plexus, ME par la tumeur
 - Perforation d'un viscère creux abdominal (abdomen aigu), occlusion-obstruction aiguë (TGI, U, Biliaire)
 - Fracture pathologique (vertèbre, fémur, humérus, autre)
 - Etc...

Crise de douleur sévère



Cesser les opiacés à longues durées d'action
(limiter le risque de surdosage)

Co-analgésie vérifiée et adéquate
et

Passer à la voie SC (absorption plus rapide,
non influencée par de possibles vomissement):

Crise de douleur atroce



Calculer la dose totale reçue dans le dernier 24 heures de tous les opiacé et diviser par six:

= dose orale de 4 heures puis diviser par deux

= la voie sous cutanée/4h: donner de façon **SC intermittente** par un jelco SC aux 1-4 h, sinon:

Perfusion SC: dose orale 24h par 24 = dose/h, puis diviser par deux = dose/h SC

Augmenter la dose SC de 25 à 50 % (4-24h) selon la gravité: en **surveillant les signes de surdosage**

Le soulagement d'une douleur sévère: effets indésirables des doses augmentées rapidement

- Effets indésirables de la médication, presque inévitables jusqu'à contrôle de la crise et ajustement de la médication, ou... jusqu'au décès dans les crises mortelles.
- **Nausées, vomissements, myoclonies, somnolence...mais pas d'arrêt respiratoire !**



Crise de douleur atroce: passage à la voie SC +

- **Prévoir une benzodiazépine** avec l'opiacé surtout si patient anxieux ou si myoclonies:
- Lorazépam (*Ativan*®) 1 mg SL ou SC aux 1-6h
- Midazolam (*Versed*®) SC 2,5- 5 mg aux 1-4 h
- Methotrimeprazine (*Nozinan*®) 12,5 a 25 mg SC aux 4-8 h si agité (sédatif puissant)

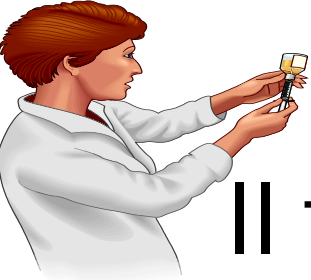
Prévoir un antinauséux avec l'opiacé

- Haldopéridol 1 mg PO aux 4-6 h, ou
- Prochlorperazine (*Stemetil*®) 10 mg à 20 mg en SC ou suppositoires si nausées (zone gachette cérébrale stimulée par les opiacés)
- Dimenhydrinate (*Gravol*®) 100 mg en suppositoires si nausées uniquement associées aux mouvements
- Motilium® (domperidone) ou Maxeran® (metoclopramide) si vomissements en jets (plénitude gastrique sans nausées)

Crise de douleur sévère

- **Prévoir de la dexaméthasone orale ou SC** pour réduire au besoin l'oedème péri-tumoral et donc l'effet de masse (os, racine, moelle épinière, viscère)
- 8 à 16 mg divisé en 2 doses, matin, midi. Administrer au moins 3 jours pour juger de son effet. Cesser si inefficace (éviter les effets minéralocorticoïdes).

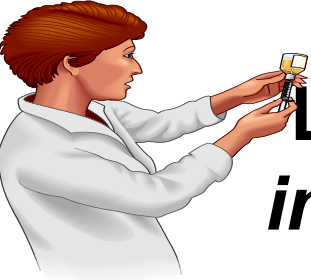




Situation d'urgence

Il faut soulager rapidement: **trio RX**

- **Opioïde SC:** dose de celui en utilisation-augmentée de 25 à 50 %, si non sous opiacé, donner morphine 2,5 à 5 mg ou Hydromorphone 0,5 à 1 mg/1-4 h, en perfusion continue ou intermittente; Doses à augmenter de 25 à 50 % aux 4-24 h selon la réponse et la gravité
- **+ Benzodiazépine:** Lorazépam 1 à 4 mg aux 4 à 6 h SL ou SC, ou midazolam 2,5 à 5 mg stat suivi d'une perfusion de 10 à 30 mg /24 h ou 5 à 10 mg aux 2 à 4 h
- **+ Scopolomine 0,4 mg SC:** aux 1-6 h si sécrétions, effet sédatif supplémentaire.

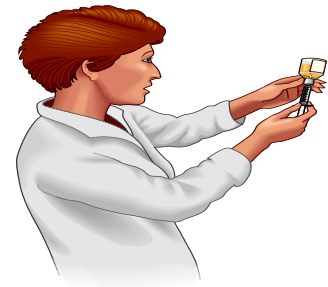


La sédation en soins palliatifs est un *effet indésirable* associé à la médication donnée pour soulager

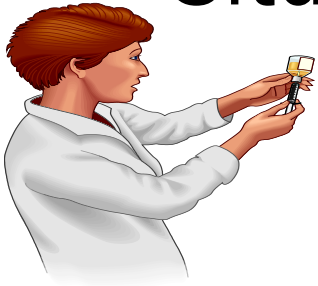
- **La majorité des patients désirent conserver leur conscience**: tout faire pour éviter la sédation sauf lorsque celle-ci est désirée (rare, détresse psychologique à explorer).
- **Objectif: ne pas accélérer la venue de la mort: EXPLIQUER CECI AUX FAMILLES !**
- **Certains patients ne pourront pas être soulagés sans subir une sédation**, transitoire ou définitive, en situation de crise mortelle (hémorragie, douleur atroce, dyspnée sévère ou atroce, agitation importante, angoisse sévère, convulsions, agonie précipitée avec souffrance).

La sédation en soins palliatifs est un effet indésirable possible associé à la médication donnée pour soulager

- Discuter avec le malade et ses proches du traitement à donner pour le soulager, des effets possibles et acceptables pour le patient, ainsi que des risques associés à une perte de conscience (déshydratation).
- On peut offrir la médication en continu, donc en perfusion (12 à 24 h ou plus) ou sur une courte durée pendant une procédure douloureuse ou pour se donner le temps de trouver une solution moins agressive pour soulager le patient.
- Discuter du cas avec un confrère au besoin.



Situation d'urgence et patient agité: soulager rapidement



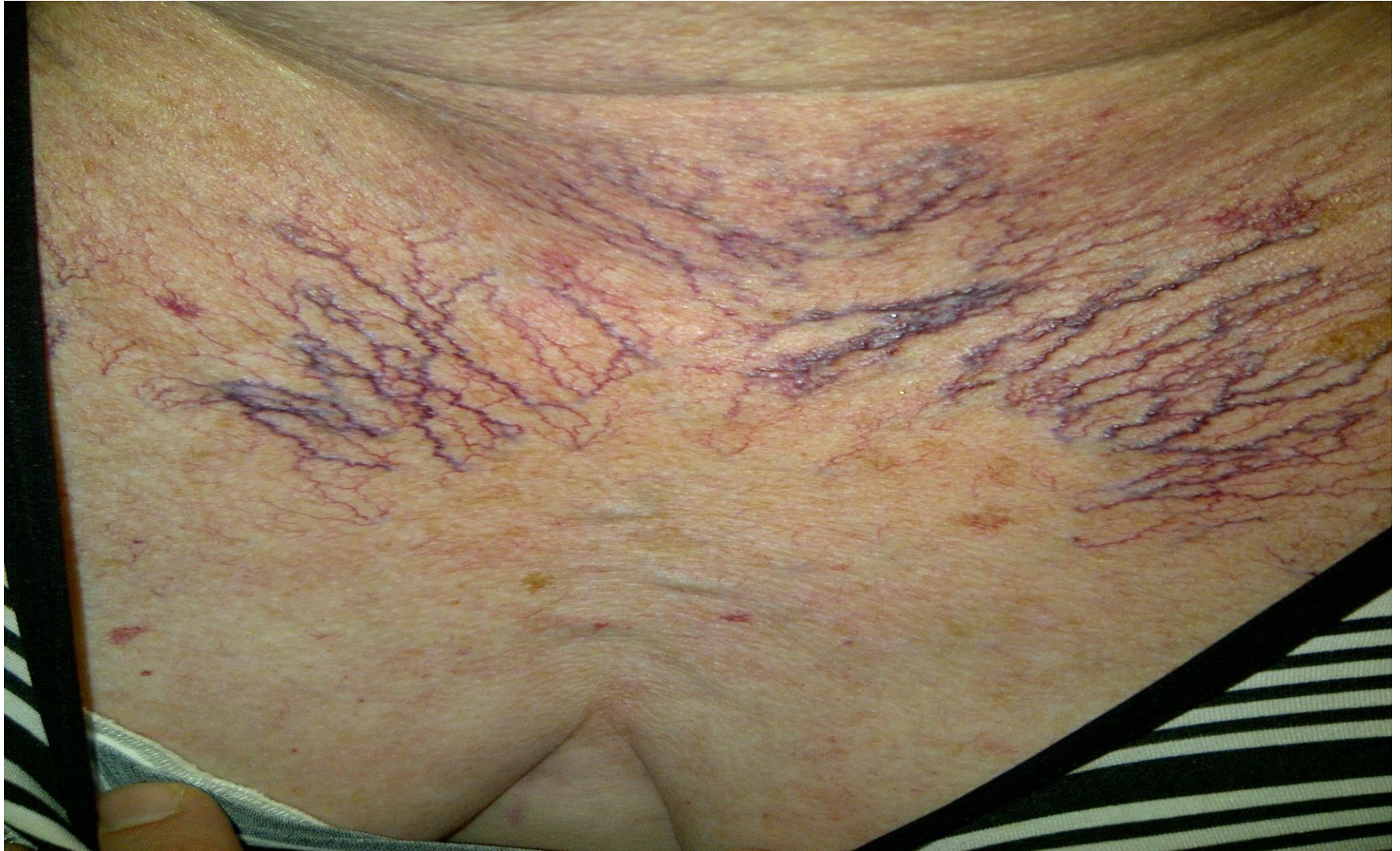
- Si échec avec benzos: neuroleptique sédatif puissant, la méthotriméprazine (*Nozinan*®): très efficace dans la majorité des cas
- Si échec *Nozinan*®: Phénobarbital SC (ou IV): 100 à 130 mg dose de charge puis 100 à 260 mg en 24 h en perfusion



Mme Leduc étouffe

- Patiente de 47 ans avec un cancer pulmonaire avancé localement, malgré la chimio et la radiothérapie: rapide perte de poids, épuisée, suivie à domicile par vous et le CLSC.
- Amaigrie et faible, elle parle de sa mort imminente, ses préparatifs sont faits. Son mari s'en occupe à domicile.
- Elle avait depuis quelques semaines de la toux et de la dyspnée augmenétes, surtout couchée, avec des épisodes d'étouffements brefs: elle **étouffe ce matin !**

Mme Leduc

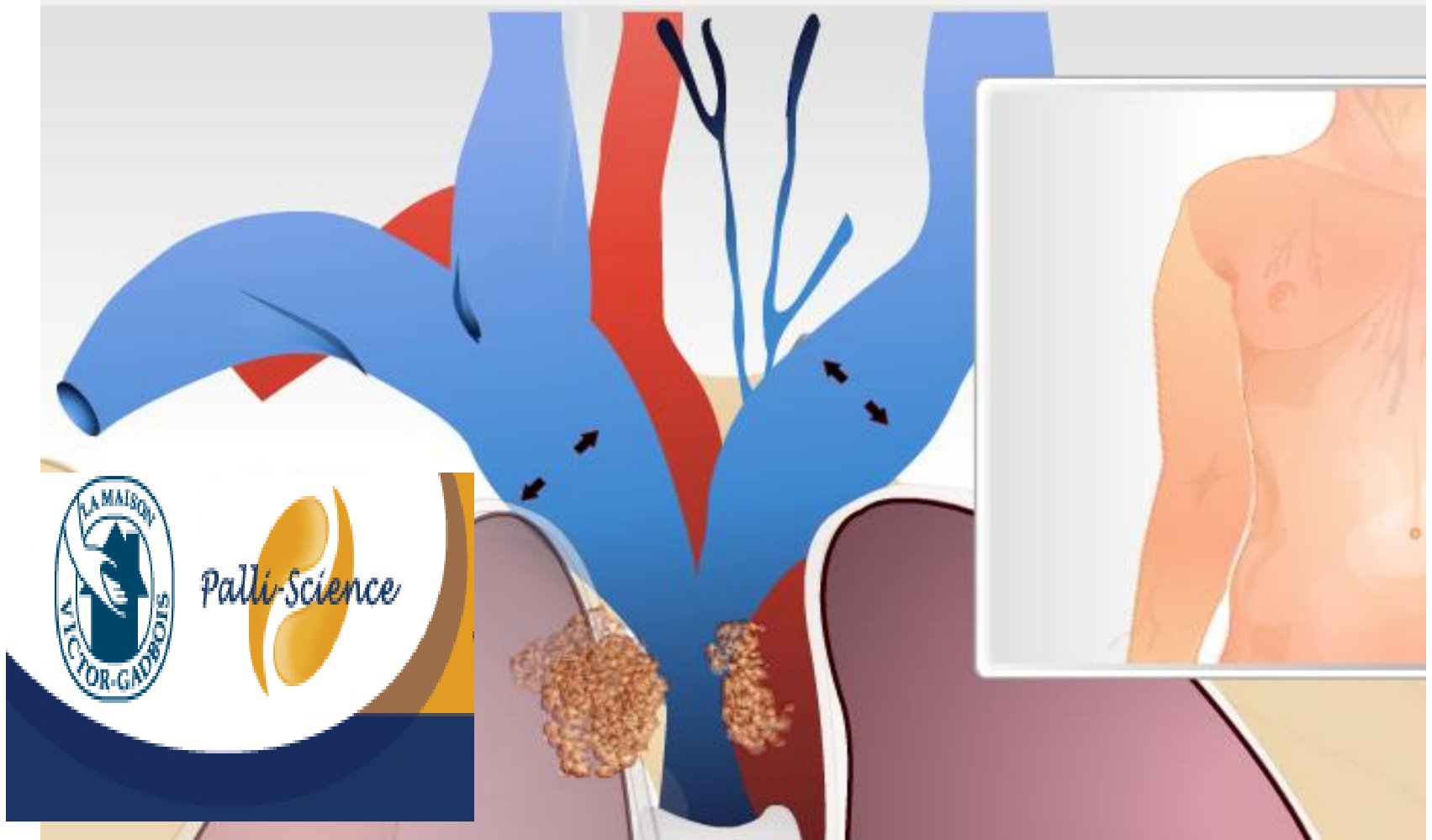




Mme Leduc étouffe: SVC supérieure

- ☞ L'auscultation révèle une baisse du MV bilatérale mais surtout sur toute la plage pulmonaire droite: le tirage est important, la respiration laborieuse et superficielle, elle n'arrive pas à se coucher, s'agrippe à sa table pour inspirer, cyanosée, épuisée, gémit à chaque respiration .
- ☞ Son mari panique et veut l'envoyer à l'urgence.

Syndrome de la veine cave supérieure





La dyspnée en soins palliatifs

- Les principales causes possiblement réversibles à considérer si l'état général du patient est relativement bon et la mort non imminente :
- le syndrome de la veine cave supérieure (endoprothèse vasculaire, radiothérapie)
- une obstruction endo-bronchique cancéreuse (radiothérapie, laser ou prothèse endoluminale)
- un épanchement pleural volumineux (ponction, drainage)
- une tamponnade cardiaque (épanchement péricardique: péricardiotomie)
- l'encombrement bronchique (infection traitable ?, râles d'agonie, diminuer les apports et Scopolamine SC)
- Une embolie pulmonaire massive, etc.



Dyspnée sévère



- Rassurer, garder un **climat calme**
- ↑ l'arrivée d'air : ouvrir une fenêtre, prévoir un petit ventilateur doux (subjectif mais quelques études.....)
- **Oxygène ?** Oui si disponible et hypoxie (88 et moins de saturation). **Très apprécié des familles et du malade..** effet rassurant...à prévoir dans certaines situations évolutives (métastases pulmonaires, anémie, épanchement péricardique ou pleural...).
- Mais pas de preuve d'utilité en soins palliatifs en regard du niveau de saturation... certains tolèrent moins de 88, d'autres étouffent !

Détresse respiratoire



Les benzodiazépines: Utilisés pour leurs effets anxiolytique, sédatif et de relaxation musculaire

Le Midazolam est préféré car son début d'action est plus rapide (10-15 min SC) et sa durée d' action est plus courte (2-3hres) : 2, 5 -10 mg SC (si déjà sur benzo , dose plus élevée) selon réponse, tolérance rapide en 1 à 3 jours, aux 20 minutes si détresse, aux 4- 8 h sinon.

Le Lorazepam a une durée d' action de 6-8 h, mais prend plus de temps à agir: 0.5 – 2 mg SL, PO, ou SC, dose en fonction de ce que le patient reçoit déjà; Le format SL est plus pratique que SC et aussi efficace. aux 30 – 60 minutes si détresse, sinon aux 6-8 h.

Détresse respiratoire atroce =douleur atroce = situation d'urgence

Si médecin présent = appliquer le protocole de douleur atroce de la salle d'urgence avec la **morphine IV aux 5-10 minutes** avec surveillance des SV et de la sédation (échelle):

Préparer 1 mg de morphine / ml (10 mg dans une seringue de 10 ml):

- Si échelle de sédation moins de 2 (peu ou pas assoupie), **et** RR plus de 8, **et** TA OK:
- 0,5 ml à 4 ml selon l'âge et le degré de détresse,
- à répéter aux 5- 10 minutes jusqu'à soulagement et si échelle de sédation demeure à moins de 2.

Échelle de sédation pour les opiacés IV *

- 0 : pas de sédation: **OK**
- 1 : patient assoupi occasionnellement, facile à réveiller, répond OK: **OK**
- 2 : patient **dort beaucoup**, encore facile à réveiller et répond Ok (**prudence**)
- 3 : assoupi toujours, **difficile à éveiller**, répond peu ou pas sinon de façon inappropriée (**prudence +++**)

- *Protocole d'urgence « La douleur à l'urgence » Médecin du Québec dec 2002, page 70. Par Dr Daniel Gervais.

La dyspnée se traite comme la douleur: encore notre triade de RX

Les opiacés sont le 1^e choix: courtes actions en SC si sévère, IV si atroce: morphine 2 à 5 mg aux 10 minutes ad soulagement ou si patient difficile à réveiller ou si ralentissement du rythme respiratoire*.

- **La scopolamine surtout si sécrétions**
- **Les anxiolytiques sont très utiles** et ne sont pas des déprimeurs respiratoires aux bonnes doses
- **Corticostéroïdes (efficacité en 24 h)** pour effet de réduction de l'oedème péricarcinomatique, contrôle du bronchospasme ou pour une lymphangite carcinomateuse pulmonaire lorsque le patient a une espérance de vie d'au moins quelques jours

Hémorragie: prévoir la encore ...la triade



- Prévenir les proches de cette éventualité... si possible (hémoptysies augmentées, masse sur une carotide ou l'aorte thoracique, artère à risque d'érosion sur une plaie néoplasique...)
- Prévoir de la literie et des serviettes foncées
- En situation terminale discuter de la non transfusion lorsqu'elle est devenue inacceptable pour le confort du patient
- **Triade Rx** au chevet, jelco en place, on reste calme....

Hémorragie



- **Présentations les plus fréquentes:**
 - Saignement buccal majeur
 - Rupture de carotide par une plaie au cou ou par la bouche (Cancer ORL)
 - Hémoptysies massives
 - Hémorragie digestive haute ou basse
 - Hématurie massive
 - Rupture aortique par la bouche ou orifice laryngé si laryngectomisé (Cancer ORL, pulmonaire, post radiothérapie médiastin)

M Bolduc est faible

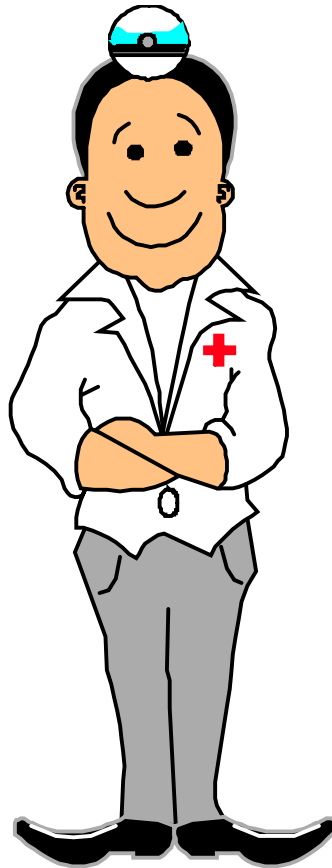
- Vous visitez à l'étage ce patient hospitalisé en gériatrie pour une démence et un cancer du pancréas avancé: grande faiblesse; sa fille présente à son chevet est inquiète
- M ne se lève plus, ne se tourne plus dans le lit, dort presque toute la journée et tousse à chaque gorgée de liquides depuis hier. Refuse de manger: elle demande une hydratation IV.
- Que lui suggérez vous ?

Agonie: les signes a connaitre

- Apparition de nouveaux symptômes:
 - **Perte d'autonomie importante: grabataire**
 - Perte d'appétit et de déglutition...**dysphagie (toux en avalant)**
 - Douleur nouvelle ou aggravée
 - **Troubles du sommeil** (sommeil le jour, insomnie la nuit).... dort tout le temps
 - Dyspnée
 - **Confusion, agitation, anxiété, indifférence**
 - **Modification de la respiration:**
Cheyne Stokes...
Pouls filant, TA baisse, extrémités froides
Yeux creusés, visage typique...mourant !



Les prescriptions anticipées: le travail du médecin

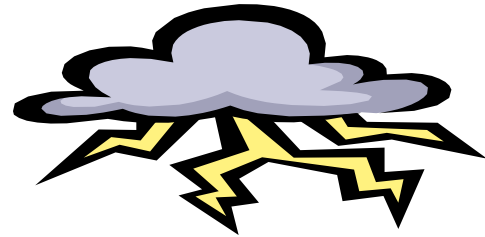


- Permettent une **intervention rapide** et efficace des infirmières et de la famille (domicile).
- **Évitent au patient des souffrances**
- Évite aux proches une mort non prévue émotionnellement (*Adieux, Pardon, Merci*)

Et qu'en est-il de notre « art » de pronostiquer la mort ?

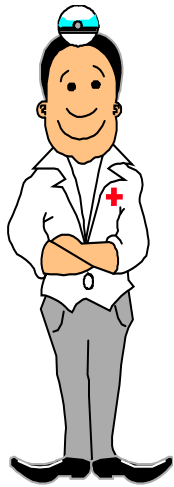
Les prédictions initiales sont inexactes, mais les finales sont plus proches de l'exactitude (comme la météo...) ,

Si la mort est imminente (moins de 1-2 semaines), les auxiliaires et les proches seront les plus exacts (comparé aux médecins et infirmières).



Donc:
le principe « météo », et

le principe de l'intimité qui permet une évaluation plus juste...



Pour tout patient en fin de vie,
quelque soit le milieu de soins:
prescrire ***la triade en avance***

- Prescrire d'avance et avoir sur place à domicile ou à l'unité de soins **la triade** (administration par les infirmières ou la famille)
 - **Opiacé SC aux 1-4 h PRN**
 - **Lorazépam SL ou SC, Midazolam SC**
(Methotrimeprazine SC si agité et échec)
 - **Scopolamine SC 0,4mg aux 1-6 h si râles**

Palli-science: un site québécois en développement

- Site Internet de soins palliatifs dont plusieurs sections sont dédiées à la formation et à la communication entre les professionnels (pharmaciens, médecins, infirmières):
- **Animations en 3 D de syndromes cliniques,**
- **Les 25 cancers les plus fréquents du dépistage à la phase palliative**
- **Présentations partagées** en soins palliatifs
- **Revue de littérature** (*Le coin de Renée*),
- **Outils: Opical** (Calculette pour les opiacés).

