



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

Titre du document :

Les soins de fin de vie chez les patients non cancéreux

Auteurs :

Geneviève Dechêne, Dr.

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



Les soins de fin de vie chez les patients non cancéreux

Dr Geneviève Dechêne
Soins palliatifs à domicile
CSSS de Verdun

Conflits d'intérêt

- Compagnies pharmaceutiques : aucun
- Implication bénévole dans le projet québécois de formation médicale continue en soins palliatifs de la maison Victor Gadbois:
- Palli-Science*: Les textes *Suivi des patients atteints de cancer* qui détaillent pour chaque cancer les particularités du suivi par le médecin de famille du dépistage, au diagnostic, au traitement et à la phase palliative
- Palli-Science: *Opical* (conversions), évaluation fonctions rénales et hépatiques. Grand livre des soins palliatifs.

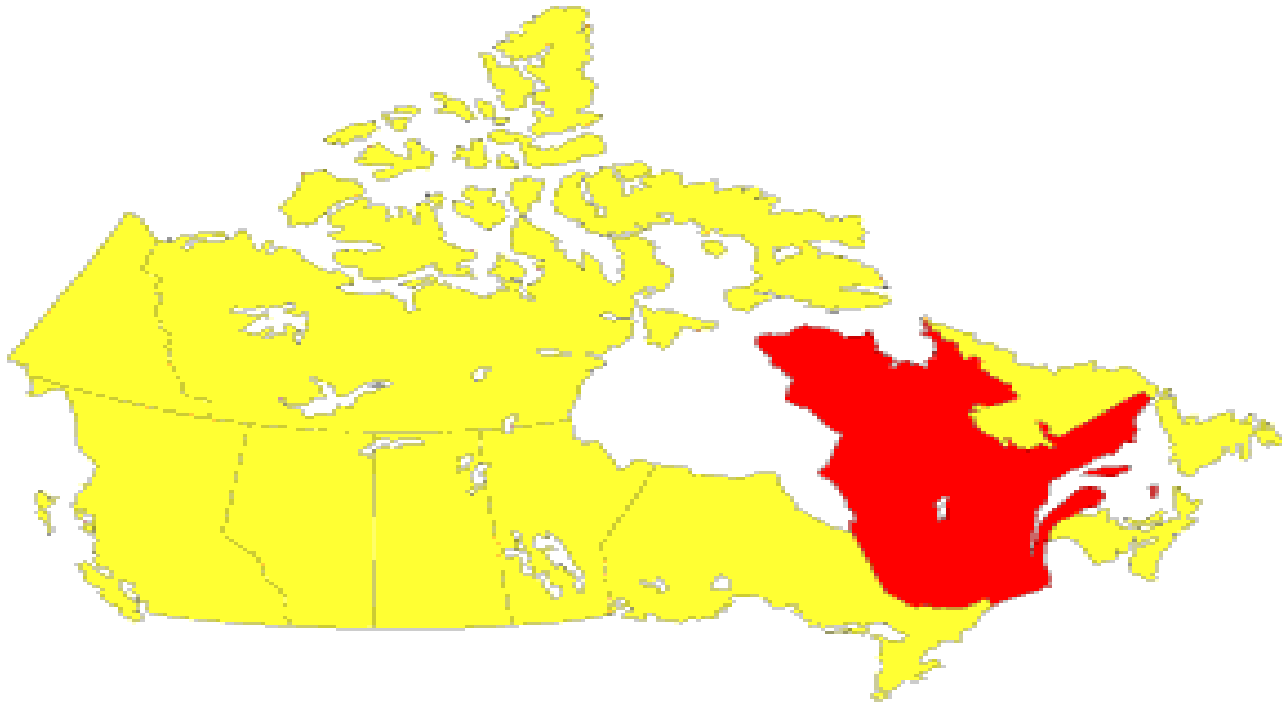
Fin de vie de non cancer

- 1- **Détecter la fin de vie chez les patients avec des conditions non cancéreuses terminales**
- 2- **Soulager** les symptômes associés, organiser les soins requis
- 3- **Prévoir (anticiper)** et traiter les complications et situations de détresses possibles
- 4- **Prescrire la médication appropriée** par les voies d'administration usuelles et sécuritaires

Québec : fin de vie de non cancer

Peu de données sur leur incidence et leur accès aux soins palliatifs

- En fait, le Québec est en retard sur les données de cancer...que dire des données de fin de vie de non cancer...



*Docteurs: qu'en est-il de notre
« art » de prédire ?*



Qu'en est-il de « l'art » de prédiction des médecins ?



- **Christakis 2000**
- La corrélation entre la survie prédite et réelle était faible: de façon générale, les cancers ont été évalués de façon optimiste par les médecins :
- Seules 20 % des prédictions des médecins étaient qualifiées de précises (63 % optimistes, 17 % pessimistes), même pour les oncologues.
- On semble ne pas détecter assez tôt les malades plus proches du décès
- **Risque de les priver de services** ? (attente ou délai pour obtenir le lit ou le service ...)

Qu'en est-il de notre « art »...pour les cas de *non cancers* ?

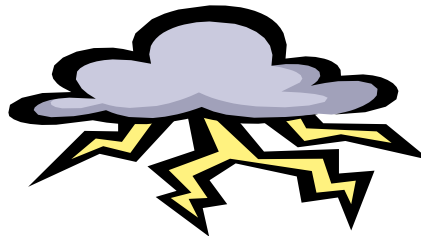


- **Pire que pour les cancers...** les cas de non cancers évoluent de **façon moins linéaire**, plus **imprévisible** que les cancers...la trajectoire de leur maladie fait que **très peu de lits dédiés en soins palliatifs leur est réservés**, et ce même si l'approche des soins palliatifs leur serait autant bénéfique (Von Gunten 96) .
- Ces malades reçoivent surtout les services hospitaliers curatifs, services plus «techniques», protocolisés sur le mode curatif (« *cure versus care* ») en raison de l'évolution non linéaire qui encourage les médecins et les familles à garder espoir, devant ces maladies fluctuantes et imprévisibles.

Les médecins sont les pires !



- *Oxenham 1998.*
- Confirme que les prédictions initiales sont inexactes, mais les finales plus proches de l'exactitude (*effet météo*): si la mort est imminente les proches et les préposés étaient les plus exacts, meilleur que les infirmières qui étaient elles mêmes supérieurs aux médecins. Donc:
- le principe « effet météo »
- le principe de l'intimité qui permet une évaluation plus juste...



Cas de non cancers: on sait.. qu'on ne sait pas !

- Plusieurs études portant sur les maladies **rénales, hépatiques, cardiaques, pulmonaires et neurologiques**:
- Aucun examen de laboratoire prédictif valable, aucun ne peut nous donner un *pronostic de 3 à 6 mois*
- Pas de signes cliniques individuels ou en grappe...signes moins fiables que pour les cancers.

Qu'en est-il des cas de non cancers ?

- **Schowetter 1998.**
- Pour les cas de **non cancers**, on a tenté de vérifier la véracité des critères connus de pronostic de moins de 6 mois (*critères de NHO modifiés*):
- Ces critères semblent trop restrictifs, se limitent à des malades dont l'espérance de vie est rarement plus de 30 jours (24 en moyenne)
-et pourtant ces critères *manquent 34 %* des malades ...

Pronostiquer, oui, uniquement ou presque à la veille de l'agonie...

- Les signes annonciateurs de la mort imminente ont peu fait l'objet d'études jusqu'à maintenant...ils étaient en fait, jusqu'à tout récemment la « spécialité » des prêtres et des infirmières.
- (*Médecin du Québec, Mme France Hudon-Dr Dechêne, 2001, Fin de vie à domicile, Agonie*).

L'agonie, une période d'attente et de recueillement.



L'agonie: permettre les Adieux =
donner le temps; Il faut la prévoir
et l'organiser



L'art de la médecine ? Plutôt celui des infirmières !

Changements psychologiques de la fin de vie

Annonce sa mort prochaine
Tristesse
Retrait de l'entourage
Relecture de vie
Rêves prémonitoires
Pense ou se sent en contact
avec des personnes
décédées
Anxiété, agitation

• *Mme France Hudon**
• *2001, Médecin du Québec*

Changements physiques de la fin de vie

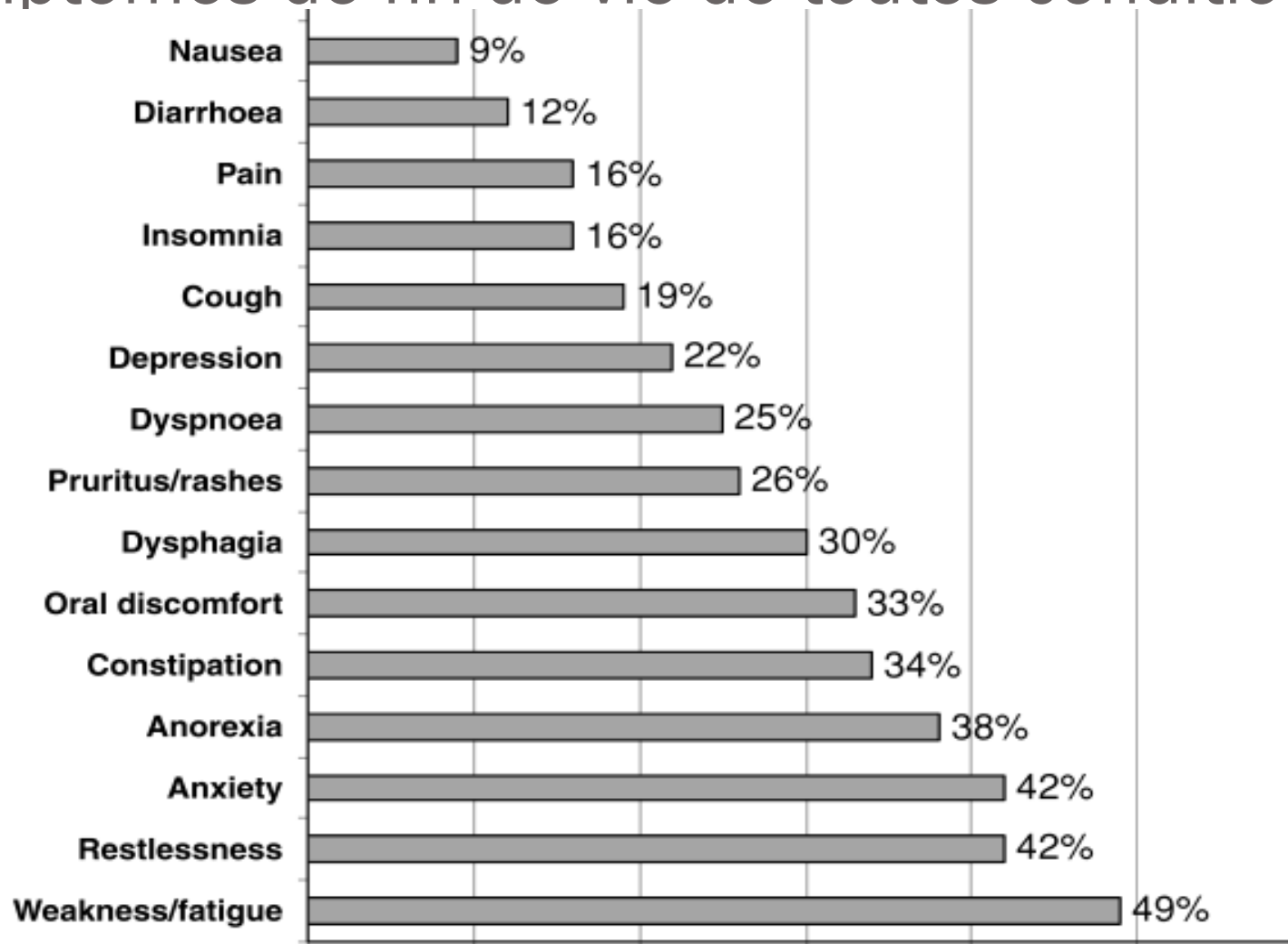
Teint pâle, gris, cyanosé
Faiblesse extrême
Anorexie, complète. Dysphagie
Somnolence, diurne.
Insomnie nocturne
Exacerbation de la douleur
Polyurie, anurie.
Incontinence ou rétention
urinaire
Râles, respiration de Cheyne-
stokes
Chute de la tension artérielle,
Accélération du pouls
Pouls filant à imperceptible

Pronostiquer à la veille de l'agonie: trop tard (organisation des soins, proches)

- **Tatsuya et al- 1998;**
- Très grande variabilité individuelle des signes précédant la mort-
Durée moyenne entre leur apparition et la mort:
- - **57 h pour les râles** (bruit audible au chevet produit par les sécrétions en mouvement dans le pharynx et les bronches)- pour 75 %: le premier signe
- - **7 h pour la respiration** avec le relâchement des mandibules
- - **5 h pour la cyanose des extrémités**

- L'état de conscience : 56 % éveillés 7 jours avant la mort, 26 % 24 h avant, 8 % 6 heures avant.;
- **35-50 % en coma 6 heures avant le décès.**

Symptômes de fin de vie de toutes conditions



Fin de vie de non cancer- peu de données, études en cours.

- Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010 Jul-Aug;45(4):203-12. doi: 10.1016/j.regg.2010.02.003. Epub 2010 Apr 22
Reliability of different criteria in identifying end-of-life trajectory of patients with chronic medical diseases. PALIAR Project
- www.ghc.org

Critères de la NHO:

Grille pour les non-cancers

- La grille de la NHO utilise à la fois des données cliniques et para-cliniques: une des seule grille à considérer des pathologies terminales de non cancer:
- - besoins en hospitalisation
- - aide à domicile
- - assistance pour les AVQ
- - le poids
- - l'albumine, la saturation en O2
- + critères spécifiques pour chaque condition
- Tout cela est pris « en grappe », pas d'indication claire sur le fait d'avoir un ou plusieurs critères...
- * *National Health Organization-USA; les patients américains couverts par Medicare est souvent basé sur ces critères pour avoir accès à de l'hébergement.*

Études en accord: les MD ne préparent pas assez les malades et leurs proches

- **Moins de 50 % ont signé un niveau de soins avec leurs patients avec condition terminale !**
- Moins de 12 % de ceux qui avaient signé au départ ont rediscuté de ceci avec un médecin par la suite
- **Plus de la moitié des patients ont eu des décisions médicales qui n'ont pas tenu compte de leurs demandes préalables...**
- Les proches attendent souvent que le patient soit moribond avant d'accepter la fin de vie imminent et les mandataires ne sont souvent pas présents physiquement pour guider les médecins dans leurs interventions
- *ARC-2003- *Advance Care Planning, Preferences for Care at the End of Life- Research in Action, Issue 12*

MPOC: MEURENT AUX SOINS INTENSIFS

Les MPOC meurent plus souvent aux SI sous ventilation mécanique que les patients avec un cancer pulmonaire.

- Très peu sont suivis et reçoivent les conseils/support d'une équipe de Soins palliatifs (30 à 50 % si cancer)
- 2 fois plus souvent aux SI que les patients avec un cancer
- Admissions de plus de 2 semaines: 5 fois plus !
- Simonds AK. Living and dying with respiratory failure: facilitating decision making. *Chron Respir Dis* 2004;1(1):56–59.
- Claessens MT, Lynn J, Zhong Z, et al. Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc* May;2000 48(5 Suppl):S146–153.

Validité des « outils de pronostic » pour les non cancer: décevants

- Landrum et al- 1999; Évaluation des critères de la NHO pour des cas d'insuffisance hépatique, cardiaque et pulmonaire. Conclusions: **incapacité de prédire le décès de moins de 6 mois.**
- Ceci, selon les auteurs justifie le fait de refuser toute évaluation pronostic pour les maladies non cancéreuses de la part de professionnels ou d'administrateurs de santé mais de se préparer et de préparer les proches . Tout ce que l'on peut affirmer : « **Il y a maladie organique sévère terminale**».

Validité des « outils de pronostic »: revue de quelques écrits

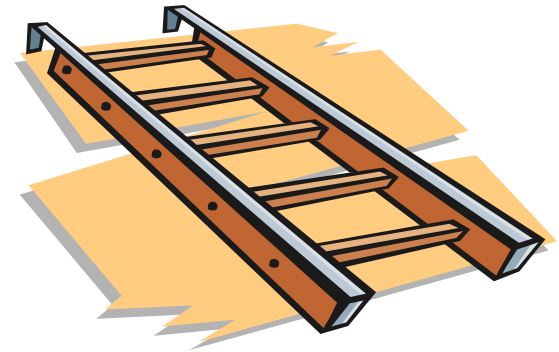
- **Fox 1999**; Pour des cas de non cancers, la grille de la NHO s'est révélée **non fiable**: 75 % des malades ont survécu plus de 6 mois et très peu de différence entre les groupes identifiés plus à risque de décès et les autres
- Conclusion: pour les non cancers, les **critères de la NHO ne distinguent pas ceux qui vont vivre plus ou moins de 6 mois**

PPI:

- Le PPI: Expérimenté, validé 1 seule fois (Morita 99, Maltoni 99).
- Ce score relativement complexe utilise , en plus de l'échelle fonctionnelle de Karnofsky, des variables cliniques :
 - - Apports oraux normaux, vs diminués
 - - Oedème, dyspnée au repos
 - - Délirium
- Le score total chiffré permet de diviser les malades en 3 groupes: moyenne de
 - -155 jours de survie,
 - -89, ou
 - -18 jours.

Le statut fonctionnel: un dialogue entre vous et les autres médecins = langage commun

- INDEX DE KARNOFSKY:
- Échelle
- 100 % parfait
- 70 % ne peut plus travailler
- **30- 40 % invalide, besoin d'assistance pour sa personne**
- **20 % support pour tout, très malade**
- 10 % moribond
- 0 %mort...



Le statut fonctionnel: un dialogue entre vous et l'oncologue= langue commune



- **STATUT DE PERFORMANCE ECOG** (*Eastern cooperative oncology group*)
- 0 = la meilleure note ! Le patient est pleinement actif.
- 1 = incapable d'activités physiques intenses mais AVQ et AVD OK: peut travailler
- 2 = le patient ne plus plus travailler mais est ambulatant et s'occupe de lui (hygiène, etc)
- **3 = le patient s'occupe encore de sa personne mais de façon plus limitée, assis ou couché plus de 50 % de la journée**
- 4 = le patient est confiné au lit ou au fauteuil, besoin d'aide pour son hygiène

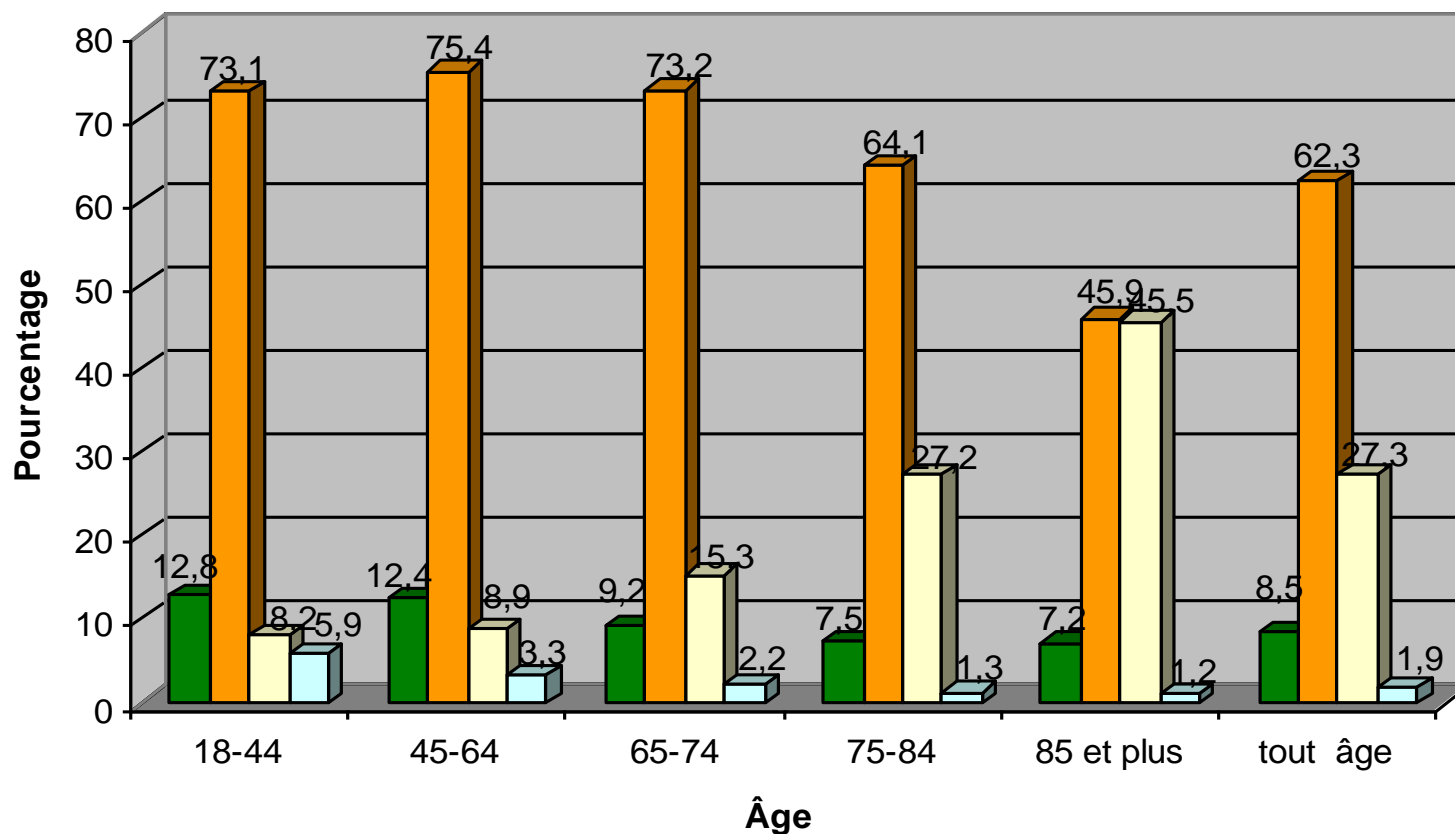
Échelle de Karnofsky: statut fonctionnel, le meilleur prédicteur en clinique

100	Peut travailler. Pas de plaintes
90	Peut travailler, symptômes mineurs
80	Peut travailler: plus de symptômes
70	Ne peut pas travailler, mais peut s'occuper de lui pour tout
60	Dépend des autres, occasionnellement. Peut subvenir à la plupart de ses soins personnels.
50	Dépend des autres fréquemment pour ses soins personnels
40	Très dépendant: soins nécessaires
30	Tres dépendant pour tous ses soins: hospitalisé, mort non imminente
20	Très malade: traitements actifs de support nécessaires
10	Moribond: mort imminente

Première ligne en soins palliatifs : milieu de vie

- **Un milieu où l'accent est mis sur la qualité de vie, l'interdisciplinarité, le soulagement des symptômes, le support et le désir du patient d'éviter une hospitalisation:**
- **Le domicile, un CHSLD, une famille d'accueil, une maison de soins palliatifs...**

Lieux de décès dus à une **maladie chronique non cancéreuse** Québec - 1994-1998 incl.



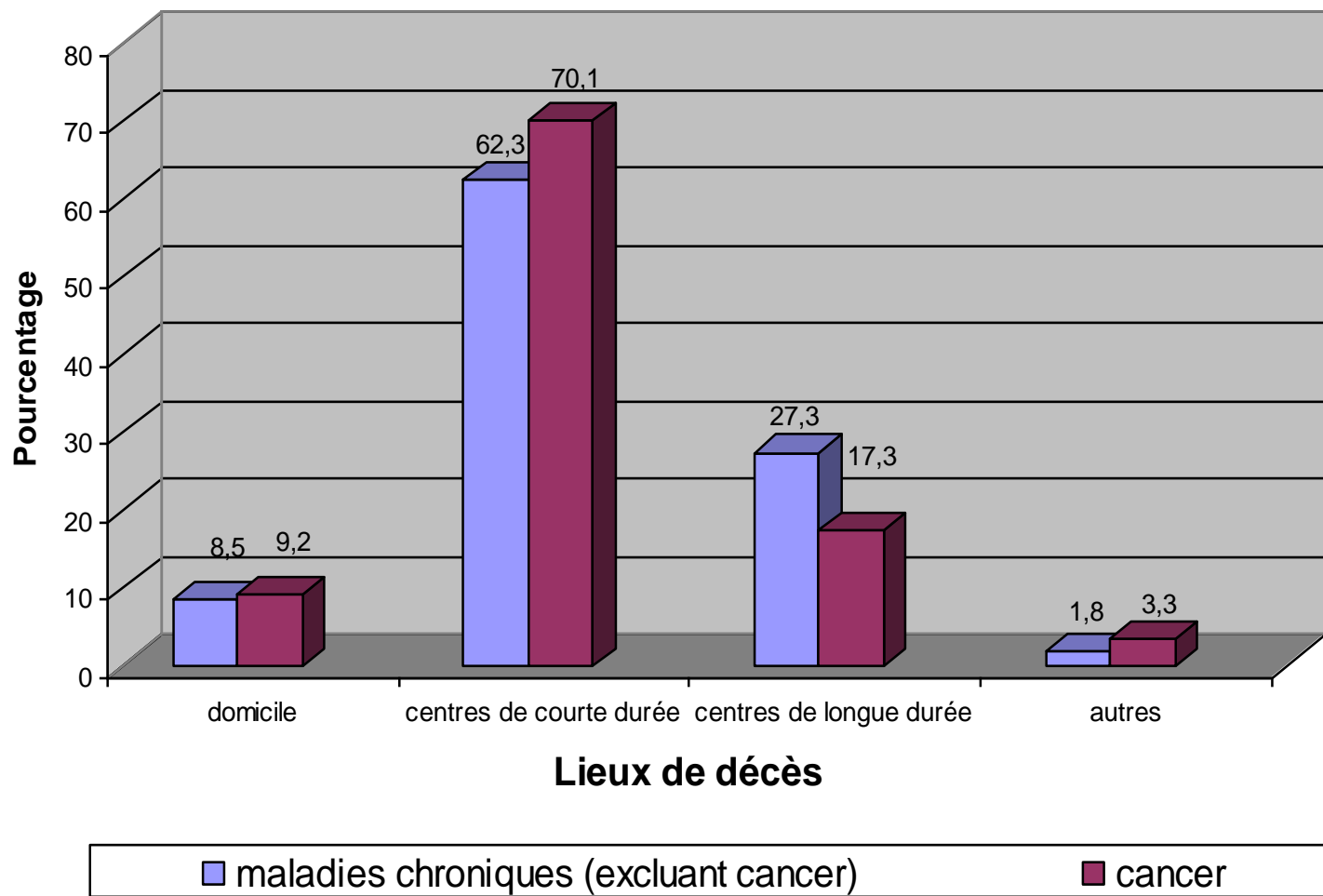
■ domicile

■ centres de courte durée

■ centres de longue durée

■ autre

Province de Québec Comparaison des lieux de décès **maladies chroniques vs cancers** Méd Que 2004



Décès à domicile

Cancers et maladies chroniques

- **Moins de 10 % des québécois meurent à domicile**, cette proportion demeurant **stable pour les cas de cancers** quelque soit l'âge
- Par contre, pour les maladies chroniques, on note une variation avec l'âge:
- Pour les 18-44 et 45 –64 ans, un peu plus de 12 % meurent à domicile (par contre un plancher de 7, 5% pour les moins de 65 ans).

Décès en CH

Cancers et maladies chroniques

- **La très grande majorité (70,1 %), des adultes atteints de cancers meurent en CHCD.**
- Un pourcentage légèrement plus élevé (27,3 % vs 17,3 %) des malades souffrant de **maladies chroniques non cancéreuses** meurent en Longues Durées, comparé aux malades atteints de cancer.

Décès en CH et maladies chroniques

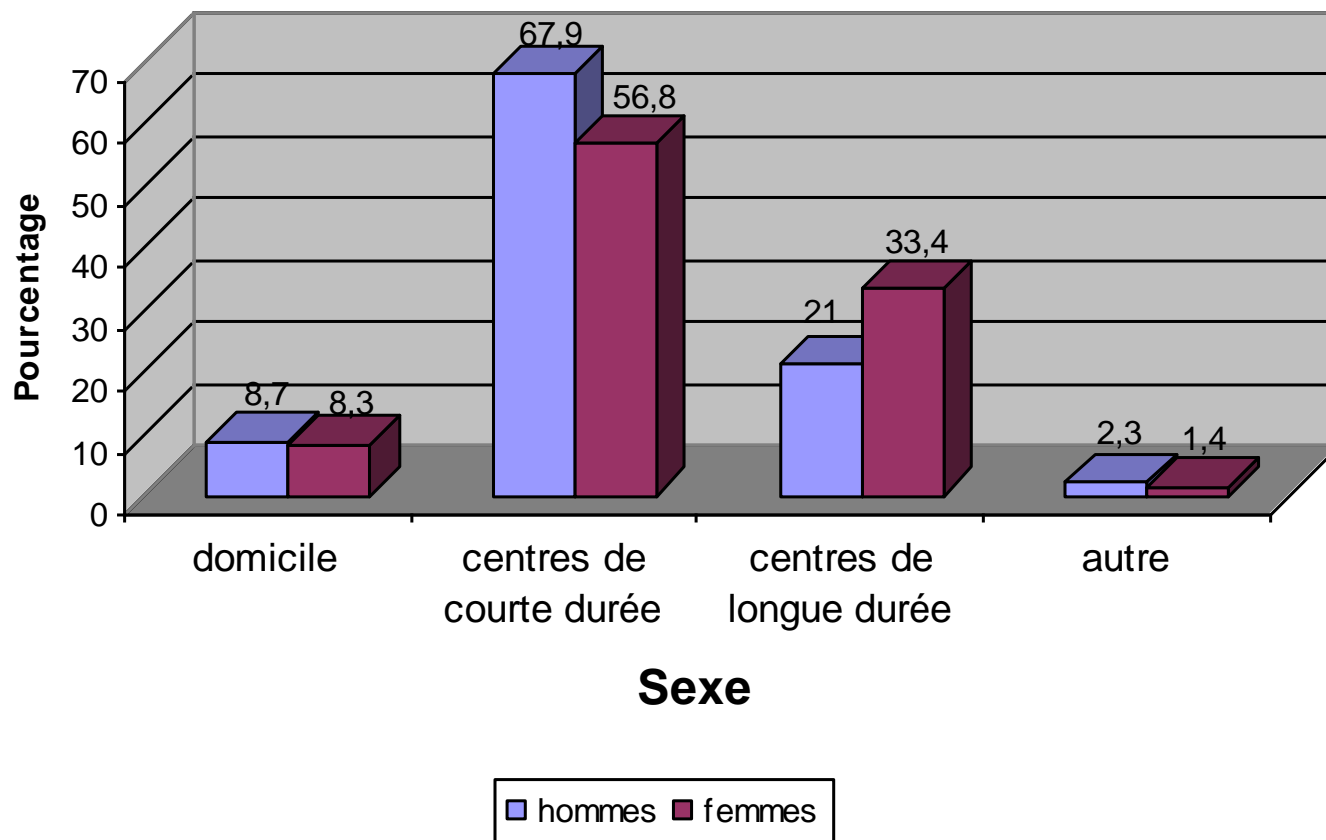
- On pourrait supposer que la survie des non cancéreux est souvent plus longue,
- avec plus de risques d' épuisement des proches et du réseau à domicile.
- Toutefois, ces malades sont déjà plus nombreux à vivre en LD en raison de leur plus grand âge et de leur plus grande perte d' autonomie...
- **Plus on vieillit, plus est forte la probabilité de mourir en LD.**

Décès en CH (CD-LD)

Cancers et maladies chroniques

- **Chez les très âgés (75 ans et plus),** le taux de décès dans les CD diminue légèrement au profit des LD, et ce surtout pour les maladies non cancéreuses:
- Chez les 85 ans et plus, proportion presque identique de CD et LD.

Répartition des décès par maladies chroniques selon le sexe



Répartition des décès par maladies chroniques

- Il n'y a **pas de différence significative** entre les hommes et les femmes dans la proportion de décès à domicile dus aux **maladies chroniques**. (différents de plusieurs autres publications....?)
- Quant aux décès par cancer, on note une très légère différence entre les hommes et les femmes
- **Plus de femmes que d'hommes meurent en longues durées**, cette différence étant nettement plus marquée dans les cas de maladies chroniques que de cancer.

Questions qui découlent de ces chiffres

- **Les établissements de longue durée et les services à domicile des CLSC sont-ils prêts pour le TSUNAMI gris ?**
- Leur « **plateau technique** » **est-il suffisant** pour garder en leurs murs cette clientèle ?
- Wang 2002, USA: 36 % des transferts en CHCD en raison de la faiblesse du plateau technique, non pas pour une investigation ou des soins spécifiques au milieu des courtes durées

Mourir en milieu de vie: possible !

RESPECTER LA VOLONTÉ DES PATIENTS EN FIN DE VIE

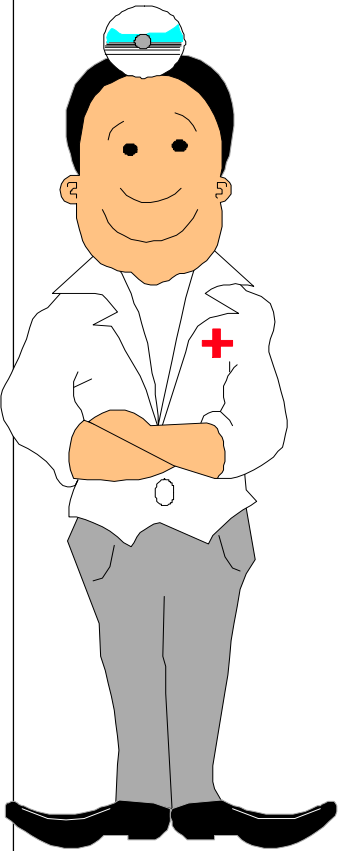


La question qui découle de nos résultats

-Même **si l' on sait** que le décès en établissement de longue durée ou à domicile n'est pas garant de la qualité des soins
-Même **si l' on sait** qu' il sera impossible pour la majorité des malades de demeurer à domicile jusqu' au décès (lourdeur de la tâche, épuisement des proches, complications....)....

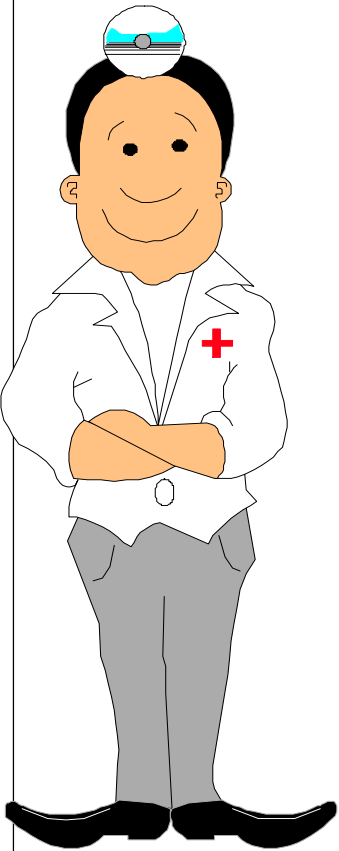
Une forte proportion des décès en CHCD auraient pu survenir dans le milieu de vie du malade en fin de vie (domicile, LD)

Prescriptions anticipées en 1^e ligne de conditions non cancéreuses : **prévoir ce qui est prévisible** (complications habituelles)



- La douleur accrue
- La douleur neuropathique
- La dyspnée
- La toux
- L' anxiété
- L' agitation
- Les râles terminaux
- La détresse
- Les convulsions

Prescriptions anticipées: prévoir ce qui est prévisible



- Ce sont en fait presque toujours les mêmes molécules pour la plupart des situations: **voir diapos sur les molécules et les doses usuelles**
- Le soulagement et les soins de fin de vie sont simples et à la portée de tout omnipraticien bien soutenu

Principales causes de décès/non cancer

- MCAS/IC
- MPOC, fibrose pulmonaire
- Maladies neurologiques dégénératives (Démence, Parkinson, SEP, SLA)
- Maladies hépatiques terminales (Cirrhose NASH ou ROH)
- Maladies rénales terminales avec arrêt de la dialyse
- Infections telles que VIH, infection sur une ou plusieurs des autres pathologies ci-dessus et cancer
- Thrombo-embolies pulmonaires isolées massives, réfractaires au traitement sur une ou plusieurs de conditions ci-dessus

Causes de décès: multi-pathologies, surtout chez les personnes âgées

Tous ceux qui font de la gériatrie savent combien sont intriquées les conditions physiques avancées chez un patient en fin de vie/non cancer.

L'OMS et le CDC reconnaissent que les outils actuels (certificats de décès) ne permettent pas de recenser l'ensemble des conditions contributives au décès (diagnostic principal pas toujours clair, souvent un ensemble de détériorations)

National Center for Health Statistics. Mortality data, multiple-cause-of-death public-use data files. 2010

Alpe'rovitch A, Bertrand M, Jouglu E et al. Do we really know the cause of death of the very old? Comparison between official mortality statistics and cohort study classification Eur J Epidemiol 2009

Newman AB, Sachs MC, Arnold AM et al. Total and cause-specific mortality in the Cardiovascular Health Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2009.

Causes de dyspnée terminale non cancéreuse

- Atteinte d'une grande portion du tissu pulmonaire par une **MPOC** ou **une fibrose**
- **Épanchement pleural** important avec ou sans douleurs pleurétiques
- Insuffisance cardiaque terminale réfractaire ou chez un patient qui décide de cesser ses diurétiques
- IRC terminale, arrêt de la dialyse
- Embolies pulmonaires massives



Maladie pulmonaire terminale: définition

- Dyspnée au repos ou effort minimal avec perte d'autonomie
- Malgré traitement maximal des inhalateurs
- FEV1 moins de 30 % de la valeur prédite
- Décompensations sévères (urgences, hospitalisations)
- Hypoxie: PO₂ moins de 55 mmHg au gaz artériel ou/et saturation 88 % ou moins sur oxygénothérapie
- Hypercapnie: PCo₂ plus de 50 mmHg à un gaz artériel récent (moins de 6 mois)
- Coeur pulmonaire
- Perte de plus de 10 % poids dans les derniers 6 mois
- RC plus de 100/min au repos

MPOC en fin de vie

- Chest; Recent advances in chest medicine
- *Oxygen Therapy for Patients With COPD*
- *Current Evidence and the Long-Term Oxygen*
- *Treatment Trial*
- *James K. Stoller , MD, MS, FCCP; Ralph J. Panos, MD, FCCP; Samuel Krachman, DO, FCCP;*
- *Dennis E. Doherty , MD, FCCP; Barry Make , MD, FCCP; and the Long-term Oxygen*
- *Treatment Trial Research Group*

Oxygénothérapie MPOC avancés

- Évidences claires quant à une amélioration de la survie (réduction HT pulmonaire et hématokrite) si l'oxygénothérapie *permanente* (au moins 15 h/J incluant la nuit) pour les MPOC sévères (**PaO₂ moins 60 mm Hg**; cœur pulmonaire, polycythémie- Ht plus de 55 %)
- Moins ou pas d'évidences d'amélioration de la survie chez MPOC modérés (PaO₂ plus de 60 mm Hg) ou lorsque le critère de sélection était une saturométrie de 88% ou moins
- Dosage O₂ habituel 2 L/min, plus PRN: viser une Pao₂ plus de 60 mm Hg

MPOC Oxygénothérapie

- **La désaturation** d'un patient qui sature normalement AA après une **marche de 6 minutes** (baisse de plus de 4 % ou saturation moins de 90 %) = **le facteur pronostic le plus fiable pour les MPOC**
- Le soulagement de la difficulté respiratoire à l'effort (réduction de la sensation de dyspnée) avec O₂ uniquement à l'effort chez les MPOC semble utile (confort), mais pas d'évidences de bénéfices en termes de survie (peu de données) ou de capacités physiques accrues (même statut de performance) .
- *Jolly EC , Di Boscio V , Aguirre L , Luna CM , Berensztein S , Gené RJ . Effects of supplemental oxygen during activity in patients with advanced COPD without severe resting hypoxemia; Chest . 2001 ; 120 (2): 437 - 443 . O'Neill B , Bradley JM , Heaney L , O'Neill C , MacMahon J .*
- *Short burst oxygen therapy in chronic obstructive pulmonary disease: a patient survey and cost analysis . Int J Clin Pract . 2005 ; 59 (7): 751 - 753 . 31 . Woodcock AA , Gross*

MPOC Oxygénothérapie

- Pas de données démontrant l'utilité au point de vue survie ou qualité de vie de l'O₂ nocturne pour les patients souffrant de désaturation nocturne avec fatigue et mauvaise qualité de sommeil: les données semblent contradictoires
- Risque d'hypercapnie avec doses trop élevée d'O₂ (diminution RR)
- Corrélation linéaire entre Paco₂ (dim RR, aug espace mort re déséquilibre ventilation/perfusion) et le RR, moins linéaire entre Po₂ et RR, évidente surtout à partir surtout d'une PaO₂ de moins de 60 mmHg. Mais variation individuelle importante quant aux valeurs de PCo₂ et de PaO₂ qui augmentent le RR
- Hypercapnie aigue (PCo₂ plus de 60-70 mmHg) : somnolence, augmentation de la pression ICranienne (vasodilatation cérébrale), diminution de la contractilité du myocarde
- Hypercapnie chronique, on peut ne pas avoir de manifestations avant une PCo₂ de 90-100 mm Hg en raison de la compensation (augmentation des bicarbonates sériques, donc il faut une plus grande augmentation de la PCo₂ avant de modifier le PH sanguin). L'augmentation du RR compense pour l'augmentation de la PCo₂ (pink puffer)...jusqu'à un certain point.

MPOC Oxygénothérapie

- Risque d'hypercapnie avec O₂:
- Les patients avec une hypoxie chronique (MPOC sévères) ont une acidose respiratoire compensée (Ph légèrement diminué) à risque d'hypoxie et d'hypercapnie en même temps: on vise une saturation SpO₂ (= PaO₂ max 60-60 mm Hg) max de 90-93, pas plus, à cheval entre l'hypoxie et l'hypercapnie
- Hypoxie = *drive ventilatoire* (plusieurs autres mécanismes complexes PP aussi impliqués ici) donc prudence: augmentation progressive avec mesures sériées SpO₂ (ou PaO₂ en CH).
- Si on donne O₂ sans limite, certains sont OK, certains ont une légère augmentation mais on peut aller quelque fois jusqu'à une narcose au Co₂. Si on retire l'O₂ complètement danger de hypoxémie sévère possible
- Les canules nasales donnent en général 1L/min en moyenne de moins que les masques Venturi mais il est important de savoir que le débit par lunettes nasales est variable, moins sous contrôle qu'avec le masque
- Un patient somnolent est probablement en hypercapnie, si la réduction légère d'O₂ ne suffit pas, prévoir la fin de vie si niveau IV (pas d'intubation, ni ventilation mécanique)

MPOC sévère décompensation

- Le plus souvent: surinfection (virale ou bactérienne)
- Sinon IC, EP, pneumothorax
- RX si possible, FSC ?, ECG ?
- O2 pour viser une saturation de 90-93 maximum (PaO2 entre 60 et 70 mm Hg) pour éviter une hypercapnie
- B2 agonistes inhalés par nébulisation (2,5 mg dilué ad 3 ml aux 4 h) si on doute de la technique avec l'aérochambre (4-8 inhalations = 90 ug par inhalation)
- Anticholinergiques inhalés (ipratropium-atrovent- 500 ug aux 1-4 h)
- Corticostéroïdes systémiques (PO prednisone 30-40 mg/J pour 5 à 14 jours, ou SC ou IV methylprednisolone 60-125 mg QID IV puis prednisone PO): aucun bénéfice à donner plus longtemps (sauf exception). * Pas de sevrage progressif nécessaire pour les surrénales mais utile pour certains patients avec un bronchospasme persistant. Le tx Po suffit (début d'action 60 minutes) pour la majorité des patients
- Antibiotiques: Levaquin 750 mg IV ou Ciprofloxacine Po ou IV pour couvrir le pseudomonas et les résistances locales
- Ventilation positive non invasive (NPPV) si sévère, épuisé, pour éviter l'intubation endotrachéale, mais impossible si inconscient, incapable de tousser, risque élevé d'aspiration
- **Effect of systemic glucocorticoids on exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group. Niewoehner DE, Erbland ML, Deupree RH, Collins D, Gross NJ, Light RW, Anderson P, Morgan NA; N Engl J Med. 1999;340(25):1941.*

MPOC décompensations

- O₂ par masque ou lunettes nasales: on tolère une certains hypercapnie car chronique chez ces patients. On vise une Po₂ de 90-93 max
- Lunettes donnent jusqu'à 6 L/min (FiO₂ 40 % équivalent)
- Masques Venturi donnent des débits précis: FiO₂ de 24, 28, 31, 35, 40 ou 60 %
- Pour donner plus, simples masque facial ad 55 % avec flot de 6 à 10 L/min
- Des masques full face accolés sur le visage (non rebreathing masks) avec une valve unidirectionnelle peuvent donner ad 90 %
- L'incapacité de corriger avec une FiO₂ relativement basse (4 L par les lunettes, 35 % par le masque) suggèrent une co-morbidité telle que EP, OAP, pneumonie sévère,

Décompensations MPOC: pronostic

- 14 % vont DCD dans les 3 mois suivant une 1^e admission, 28 % à 12 mois, plus si pseudomonas
- Après une hospitalisation avec désaturation sévère (PaCo₂ de 50 mm Hg ou moins) 33 % de décès à 6 mois et 43 % à 12 mois*
- Le « plan d'action » est enseigné à tout MPOC qui a déjà été hospitalisé car les 2/3 des exacerbations commencent de la même façon chez le même patient, donc prévisibles pour lui, mais pas de diminution de la mortalité ou d'utilisation des ressources de santé lors de l'application de ce plan.
- *Action plans for chronic obstructive pulmonary disease; Turnock AC, Walters EH, Walters JA, Wood-Baker R; Cochrane Database Syst Rev. 2005;*
- **Outcomes following acute exacerbation of severe chronic obstructive lung disease. The SUPPORT investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments; Connors AF Jr, Dawson NV, Thomas C, Harrell FE Jr, Desbiens N, Fulkerson WJ, Kussin P, Bellamy P, Goldman L, Knaus WA; Am J Respir Crit Care Med. 1996;154(4 Pt 1):959.*

Dyspnée = Douleur

Les opiacés sont le 1^e choix: morphine ou hydromorphone courtes actions SC, IV si détresse intense et médecin sur place

Les anxiolytiques sont très utiles: Lorazépam SL ou SC, Midazolam SC ou IV

- **L'oxygène peut aider** mais ne pas se baser en toute fin de vie sur la saturation, uniquement sur les symptômes. Une simple canule nasale avec maximum 4-6 L/ min O₂ suffit le plus souvent.
- **La scopolamine** aide en réduisant les sécrétions



Trousse d'urgence: voir doses

Médication	Dose et voie d'administration
1-<u>Midazolam</u> Versed® Détresse, convulsions	2, 5 mg SC (SL) si âgé, frêle 5 mg sinon, aux 15-20 minutes PRN 10 mg si tolérance aux benzos
2-<u>Morphine</u> ou Hydromorphone Détresse, dyspnée, douleur	50 à 100 % de la dose reçue en 4h en stat SC Morphine: dose minimale 2,5 mg, maximale 25 mg Hydromorphone: dose minimale 1 mg, maximale 10 mg
3-<u>Scopolamine</u>® (bromhydrate de hyoscine)	0, 4 ou 0, 6 mg SC (une ampoule)
ou, Robinul® (Glycopyrrolate) Râles, hypersécrétions, détresse	0, 2 à 0, 6 mg SC (fiOLE de 0, 2 mg)

Détresse (douleur-respiratoire) en 1^e ligne



Injection concomitante SC

(Jelcos SC: opiacés + scopo + benzo SL ou SC)

Infirmière sur place idéalement, mais en réalité....

A domicile, des proches bien préparés gèrent efficacement cette administration à domicile mais l'infirmière doit être en chemin et le médecin facile à rejoindre.

Douleur atroce ou détresse respiratoire



Si médecin présent = appliquer le protocole de douleur 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 assoupi), **et** RR plus de 8, **et** TA OK:
- 0,5 ml à 4 ml selon l'âge (plus ou moins de 70 ans) 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**, facile à réveiller mais , répond Ok (**prudence**)
- 3 : assoupi toujours, **difficile à éveiller**, répond pas ou de façon inappropriée (**+++ prudence**)

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

Les Râles du mourant: cesser hydratation en fin de vie re les anticholinergiques sont modérément efficaces

- A lire: article fascinant du Dr Patrick Vinay- CHUM, 2009
- *Soigner les râles terminaux*
- *Palli-Science*, section *Physiologie du mourir*



MME Bolduc démence avancée

- Vit chez son fils âgée de 55 ans
- Jamais seule
- Ne mange plus, couchée 24h, aux couches
- Assise au lit avec aide seulement
- S'étouffe avec du pudding

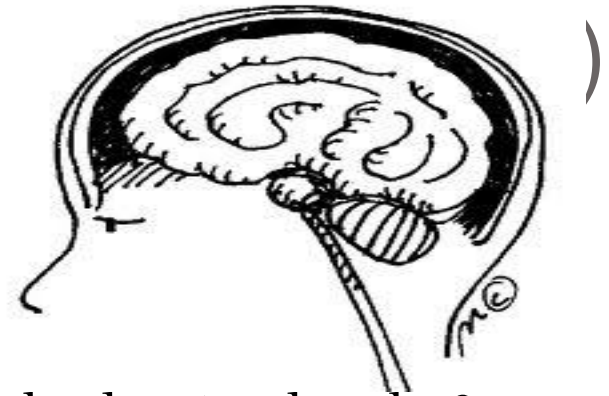


DÉMENCES

(d'après Katzman et Kawas, 1994)



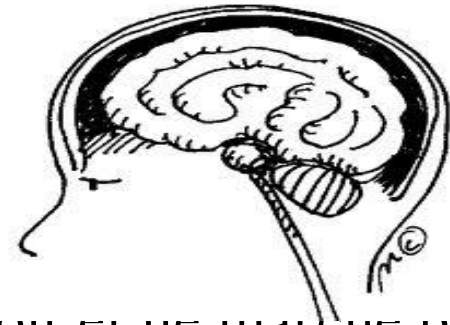
AVC (hémorragique ou ischémique) PX moins 6 mois:



- **ACV AIGU:**
- 1-État végétatif/coma (non réponse douleur) plus de 3 jours
- 2-Myoclonies importantes
- 3-Dysphagie liquides et solides

- **ACV passé la phase aigue: 1, 2 ou 3 +**
- Incapacité seul de parler, de marcher, de se lever, de transférer, de s'asseoir, de s'habiller, de manger, d'être continent: Karnofsky 40 % ou moins
- Perte de plus de 10 % poids, alb moins de 2,5 g/dl

Fin de vie de démence (6mois)



- Parle moins 6 mots intelligibles, ne s'assoit et ne marche plus seul, ne tient plus sa tête, ne mange plus seul, ne se lave plus seul, incontinent **ET:**
- **Pneumonie d'aspiration**
- **Pyélonéphrite aiguë, septicémie, pneumonie**
- **Plaies de pression réfractaires**
- **Incapacité de s'alimenter suffisamment (perte + 10 % poids), déshydratation**

SLA: progression plutôt linéaire

fin de vie imminente

- Aucun critère unique prédicteur: l'association de difficultés respiratoires et de dysphagie est mauvais px si absence de gastrostomie et de ventilation mécanique
- Dénervation musculaire généralisée à un rythme variable d'un patient à l'autre
- Moins de 6 mois si capacité vitale moins 30 % de la N et pas de ventilation mécanique, O₂ repos, dyspnée repos, perte poids +10% + incapable de s'alimenter assez, déshydraté et difficulté à s'hydrater,

Fin de vie (moins 6 mois) d'AVC, SLA, Parkinson, démence : décès

- ACV: Hémorragie cérébrale sur ACV aigu (CT: + 20 cc sous-tentorial, + 50 cc supra-tentorial, déplacement plus de 1, 5 cm ligne médiane, hydrocéphalée obstructive)
- ACV: Grandes zones nécrotiques corticales et sous-corticales, 2 hémiphères, occlusion artère basilaire ou les 2 artères vertébrales)
- **Embolies pulmonaires**
- **Sepsis (pyélonéphrite, septicémie, plaies de pression réfractaires, hyperthermie persistante)**
- **Aspiration avec pneumonie ou détresses respiratoires**

Mme Bolduc épuise ses proches...

- Mme Bolduc est presque en fin de vie, alitée 20 h sur 24, ne mange presque plus
- Son fils vous appelle car elle **est agitée depuis 24 heures, pas agressive mais anxieuse +++**
- **Ne dort plus la nuit**



État confusionnel: traitement

- **Benzodiazépine pour anxiété sans délirium**
- Lorazépam 0,5 à 2 mg PO ou SL ou
- Clonazépam 0, 5 à 2 mg PO aux 6h
- **Méthotriméprazine (*Nozinan*®) 12,5 à 25 mg aux 4-8 h (PO, SC, IR) si sévère.**



Agitation sévère, délires

- Un antipsychotique comme **le halopéridol** 0,5 à 2 mg aux heures jusqu'à apaisement puis la demie de la dose du premier 24 heures pour les jours suivants, divisée aux 6 h, ou
- La **méthotriméprazine** (*Nozinan*®) 12, 5 à 25 mg aux 8-12h, PO, SC ou IV (possible effet paradoxal, changer alors de molécule)
- **Les anti-psychotiques atypiques** peuvent être utilisés, dans les situations moins urgentes car moins incisifs.

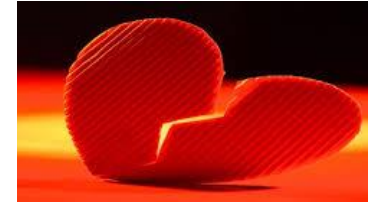
Agitation: traitements de 2^e ligne

- **Les antipsychotiques atypiques:**
- **Quiétapine-Séroquel® 25 à 100 mg aux 12h,**
- Olanzapine- Zyprexa® 2, 5 à 10 mg aux 12 h,
- Risperidone- Risperdal® 0, 25 à 1 mg die: moins de somnolence
- Procurent surtout une sédation souhaitable: provoquent moins d'effets extrapyramidaux mais semblent **moins efficaces pour contrôler les hallucinations et l'agressivité tout en agissent plus lentement.**
- Doses à augmenter selon la réponse
- On peut passer rapidement d'un antipsychotique typique à un atypique.

Insuffisance cardiaque avancée



Insuffisance cardiaque avancés: tx de confort



- Causes les plus fréquentes: MCAS, HTA, DB
- IC D ou G ou mixte (globale). Souvent associé IR, IR, IH
- **Tx de base:** IECA (sinon hydralazine-nitrates), BB petites doses, Inhibiteurs Ca^+ (amlodipine), Furosémide doses progressives + PRN digoxine (IVG) à petites doses si absence de blocs, amiodarone OK si arythmies.
- Si réfractaire, + **métolazone (Zaroxolyn)** 2,5 mg PRN, 60 minutes avant le Lasix si prise de plus de 1,5 Kg en 1-2 jours. Si prises fréquentes: un jour sur deux ou même die. Surveiller aug K^+ , creat, TA
- Doses PRN Lasix IV 20 à 40 mg (domicile OK) re Rx Po non absorbés si trop d'oedeme abdominal.

Insuffisance cardiaque avancés: tx de confort



- Causes les plus fréquentes: MCAS, HTA, DB
- IC D ou G ou mixte (globale). Souvent associé IR, IR, IH
- **Tx de base:** IECA (sinon hydralazine-nitrates), BB petites doses, Inhibiteurs Ca^{+} (amlodipine), Furosémide doses progressives + PRN digoxine (IVG) à petites doses si absence de blocs, amiodarone OK si arythmies.
- Si réfractaire, + **métolazone (Zaroxolyn)** 2,5 mg PRN, 60 minutes avant le Lasix si prise de plus de 1,5 Kg en 1-2 jours. Si prises fréquentes: un jour sur deux ou même die. Surveiller aug K^{+} , creat, TA
- Doses PRN Lasix IV 20 à 40 mg (domicile OK) re Rx Po non absorbés si trop d'oedeme abdominal.

Insuffisance cardiaque avancés: tx de confort

- La morphine est très utile (diminue la pré-charge), +++ efficace pour les DRS et les crises de dyspnée: 5 mg PO ou SC, augmenter PRN
- Avec ou sans benzodiazépines: Ativan SL
- Si le RC est ralenti = moins de besoins d'o₂, moins de demande cardiaque, résolution plus rapide de la crise.
- Jamais AINS, ATD, prudence stéroïdes,
- Prudence BB, ICa+...





Types de décompensations cardiaques

- **1-Chaud et Sec:** TA N, membres chauds donc perfuse bien, pas de surcharge, facile à traiter.
- **2-Chaud et Humide:** Surcharge, OMI, DDJ, RHJ: diurétiques à augmenter, PO ou IV (si IC droite avec oedeme intestinal)
- **3-Froid et Sec:** TA basse, bas débit, attention de ne pas abaisser encore plus la TA (angine, IRA ou chute). On peut provoquer une surcharge en augmentant les ingestas.
- **4-Surcharge à bas débit:** Oedeme généralisé, important, et TA basse: Le plus instable: dès que la diurèse augmente, on perfuse moins mais il faut augmenter les diurétiques...

Maladie cardiaque terminale (moins 6 mois)



- **Classe NYHA IV: dyspnée/DRS au repos et pour toute activité et/ou:**
 - FE moins de 20 % et/ou
 - Arythmies ventriculaires ou supra-ventriculaires résistant au tx,
 - ATCD arrêt cardiaque-réanimation, syncopes,
 - ACV emboliques origine cardiaque, VIH concomittant).
 - Échec (ou refus) des traitements optimisés
- = Préparer détresse respiratoire ou infarctus aigu**

Insuffisance cardiaque terminale IV

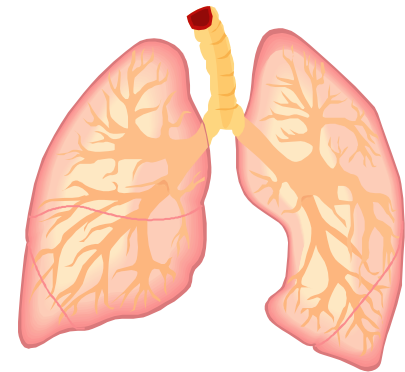
- Restriction liquidienne 1 à 1,5 L
- Diète pauvre en sel et en K ; apport protéines selon IMC
- **Surveiller les signes d'alarme: chaque patient a les siens: programme individualisé et prescriptions en réserve A DOMICILE: doses supplémentaires Lasix**
- **L'équipe médicale doit être rejoignable 24h (Inf CLSC)**
- **Rx injectables, Nitro SL, Ativan SL, Versed SC, tous les Rx de fin de vie doivent sur place re**
- **Re Mort rapide !**
- **Famille préparée D'AVANCE**
- **O2 ?**



M Smith est de + en + essoufflé

- Murmure vésiculaire diminué bilatéralement, habituel
- Crépitants sans ronchis diffus, pas de sibillances ni stridor
- Distention jugulaires, OMI, moche, teint gris, Sat 88

- Toux sèche qui l'interrompt souvent en parlant
- Assis au fauteuil (plaie de siège)
- Tachypnée 40
- Tachycardie 130
- Saturation 88 AA (anormal pour lui)



M Smith, 76 ans, est essoufflé

- MPOC sévère non O2 (fume)
- MCAS/IC sur dose maximisée RX
- 2 épanchement ponctionnés
- 8 hospitalisations en 6 mois OAP
- **Fort désir de vivre: niveau III,**
- **Êtreréanimé.**
- Vit seul, fils voisin insatisfait des tx
- Dort assis, étouffe la nuit souvent
- Toux sèche incommodante



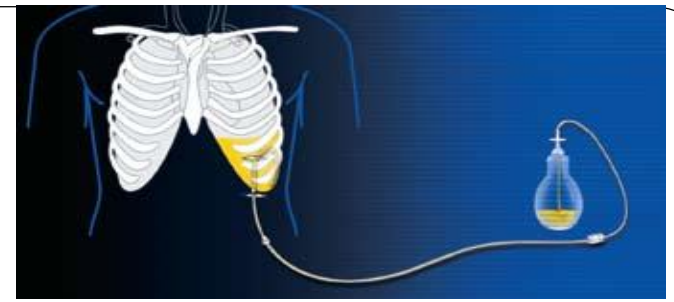
M Smith dernier RX urgence



Épanchement pleural visible au RX

- Production séreuse par une plèvre irritée
- **25 % asymptomatiques**, sinon dyspnée, douleurs dos ou thorax, uni ou bilatérales, constantes ou non, pas toujours reliées à la respiration et la toux (pleurétique)
- Matité, déviation de la trachée si massif
- Lorsque symptomatique on peut retirer lors de la ponction entre 500 ml et 2 L

Épanchement pleural



- **Traitement local et symptomatique: thoracocentèses répétées en milieu hospitalier**
- **Pleurodèse** (talcage- sclérothérapie de l'espace pleural) ou mise en place d'un **Pleur X** si récurrences rapprochées et symptomatiques (drainage externe tunnelisé relié à une bouteille sous vide lors du drainage effectué à domicile à intervalle répété, moins de 3 % d'infection, le plus souvent au niveau cutané).
- Les épanchement pleuraux répondent mal habituellement à la chimiothérapie systémique hormis certains cas de lymphomes, de cancers du sein et de cancer du poumon à petites cellules.

M Alain: Cirrhose NASH qui sort de 4 semaines d'hospitalisation avec drainages X4, dont le dernier 6 litres, affaibli, grabataire, abdomen déjà distendu; Ne veut plus retourner en CH



Pronostic Insuffisance hépatique

Classification de Child-Pugh modifiée pour évaluer la sévérité de l'atteinte hépatique en fonction de la survie à un et deux ans. [1](#), [2](#)

[3](#)

Paramètres	1 point	2 points	3 points
Ascite	Absent	Présent, léger	Modéré à sous tension
Bilirubine sérique umol/L	< 34	34-51	> 51
Encéphalopathie	Absence	Agitation/confusion (grade 1 à 2)	Stupeur/ coma (grade 3 à 4)
Albumine sérique g/L	> 35	28-35	< 28
INR (indice normalisé de coagulation selon le temps de prothrombine)	< 1,7	1,7 à 2.3	> 2,3

Child Pugh: Score de survie (1-2 ans)

- **Classe A** - 5 à 6 points: atteinte légère, pas de complications, pas de manifestations fonctionnelles, 85 à 100 % de survie
- **Classe B** - 7 à 9 points: survie de 60 à 80 %
- **Classe C** - 10 à 15 points: atteinte sévère, risque élevé de complications, atteinte fonctionnelle présente ou imminente, survie de 35 à 45 %

- *Pugh, RN, Murray-Lyon, IM, Dawson, JL, Pietroni, MC, Williams, R. Transection of the esophagus for bleeding esophageal varices. Br J Surg 1973; 60 (8) :646-649*

- *Manizate, F, Hiotis, SP, Labow, D, Roayaie, S, Schawartz, M. Liver functional reserve estimation : state of the art and relevance for local treatments :The Western perspective. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2009; 20*

Fin de vie d'insuffisance hépatique

Moins de 6 mois:

- **INR plus de 1,5**
- **Albumine moins de 2,5g/dL**
- **PLUS:**
 - Ascite réfractaire
 - ATCD péritonite bactérienne spontanée
 - Syndrome hépato-rénal
 - Encéphalopathie réfractaire au tx, au non compliance
 - ATCD saignements varices oesophagiens malgré Tx
 - Cachexie
 - Hep B +, Hep C réfractaire au tx, alcoolisme encore actif



Insuffisance hépatique terminale

Causes

Cirrhose NASH, ROH, auto-immune, médicamenteuse

- Hépatite chronique/cirrhose, aigue fulminante
- Cirrhose biliaire, sur cholangite sclérosante
- Cirrhose métabolique: hémochromatose, Wilson, sur une déficience en Alpha 1 anti-trypsine

Symptômes: Anorexie, perte de poids, amyotrophie, fatigue, dyspnée si ascite, malaises ou douleurs abdominales surtout si ascite, OMI et génital, saignements (ecchymoses, rectum, bouche; varices oesophagiennes, la complication tant crainte), encéphalopathie (confus, somnolent).

Maladie hépatique terminale: évaluation de la sévérité de l'atteinte

- **Ictère** uniquement si obstruction des voies biliaires intra-extra-hépatiques **ou destruction massive du tissu hépatique.**
- Pas de corrélation entre le volume des destruction du foie et le niveau des enzymes hépatiques.
- **Une baisse de l'albumine (moins 2,5) +**
- **Une élévation de l'INR** (altération synthèse des facteurs de coagulation dépendants de la vitamine K) **signent une atteinte importante de cette fonction**
- **Hypersplénisme: thrombopénie, pancytopénie, anémie**
- HT Portale = **Ascite**
- **Syndrome hépato-rénal: IR sévère associée**



Insuffisance hépatique terminale: complications habituelles à prévoir

HT portale

- **Hémorragies** par rupture de varices oesophagiennes.
Endoscopie haute d'urgence si bon statut fonctionnel,
sinon....Niveau IV signé ???
- **Anémie** sur hypersplénisme: à transfuser tant que le patient le demande
- **Thrombocytopénie**: plus de 50 000 plaquettes OK, entre 20 000 et 50 000, éviter tout trauma et injections, moins de 20 000 concentrés plaquettaires SI SAIGNE.
- **Ascite**: nausées, douleurs abdominales, dyspnée, lourdeur:
tx- *ponctions de confort* re diurétiques plafonnent vite;
- **Oedeme** (activation système Rénine, angiotensine- aldo)

Insuffisance hépatique terminale: complications habituelles à prévoir

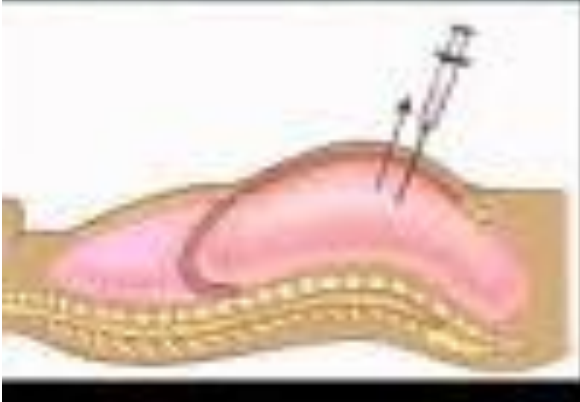
ASCITE

- **Diurétiques:** Aldactone 50 a 150, max 400 mg divisé en 2 dose die, ou amiloride 10 mg die avec Lasix 40 mg,max 240
- Pas de restriction hydrique sauf si baisse Na moins de 125 meq/L
- **Peser:** On vise une perte maximale de 1 Kg par jour si patient avec oedeme, 0, 5 Kg sinon, sinon risque de déshydratation.
- **Surveiller la créatinine et E+**
- Cesser si la créatinine monte ou baisse Na
- Risque hypotension, insuffisance rénale aigue, encéphalopathie, syndrome hépato-rénal.

Insuffisance hépatique terminale:
Ascite, grand inconfort: paracentèses
nécessaires souvent



Drainage d'ascite PRN (aux 7 a 14 jours en moyenne) ou continu



Paracentèses répétées ou continues (Pigtail, Pleur X, cathéter tunnelisé de dialyse)

- **Drainage sous vide indolore**, même à domicile: **les paracentèses répétées sont plus efficaces et utiles en cas de cirrhose** que de cancers, permettent de réduire les diurétiques difficiles à tolérer.
- **Plusieurs litres** (5 en moyenne si ascite non loculé)
- Surveiller la TA.
- **Baisse albumine** (il ne semble pas utile d'en donner IV en remplacement), Insuffisance rénale aiguë ou aggravée, saignements viscéraux, perforation intestinale surtout si ponctions répétées (adhérences)
- Risque de **péritonite/cellulite** abdominale

Insuffisance hépatique terminale: complications possibles

Péritonite bactérienne

- **Spontanée ou post ponction d'ascite** (entérobactéries, streptocoques, anaérovés, entérocoques)

: Fièvre, frissons, douleur abdominale sévère, abdomen de bois, iléus, encéphalopathie.

- **Hospitalisation** (sauf si toute fin de vie, protocole de détresse alors) pour ATB IV: Cefotaxime IV, Ceftriaxone IV, puis PO Cipro ou Clavulin. Prévention Cipro 750 une fois semaine ou TMSM 800/160 5/7 jours

- Plusieurs prônent Norfloxacin die 400 mg en prévention si à risque élevé Pugh Classe C) re cause fréquente de syndrome hépatorénal

Insuffisance hépatique terminale: complications possibles

**Syndrome hépato-rénal: 20 (1 ans) à 40 % (5 ans)
des cas de cirrhoses sévères**

Mauvais pronostic:

Baisse de perfusion rénale qui provoque une insuffisance rénale progressive 2nd I hépatique

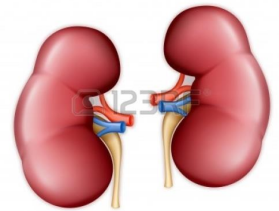
- Augmentation créatinine, Urée, K et excrétion Na urinaire moins de 10 mEq/L
- Oligurie (moins de 400 ml/J) pas toujours évidente

Syndrome hépato-rénal: dx clinique; TX aux SI ou étages ...si niveau III

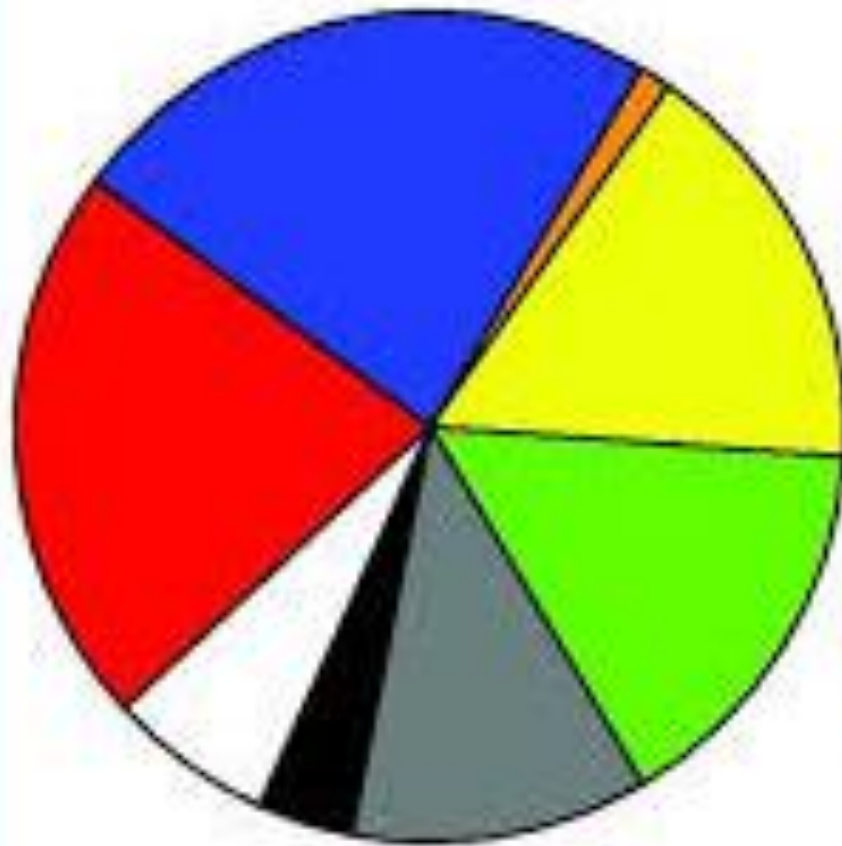
- **Mauvais pronostic, Type 1 surtout** re diminution de la clearance de 50 % -creatinine X 2, + de 221 umol/L
- Début insidieux ou aigu, précipité par infection ou saignement (Rien a voir avec les diurétiques)
- **Augmentation créatinine** (pas toujours fiable re diminution masse musculaire et ingestas protéines: dans le doute, clearance 24 h) sans protéinurie importante, pas mieux avec arrêt diurétiques et expansion avec alb IV
- Oligurie possible, si sévère, qui peut passer inaperçue
- Excrétion rénale de sodium très basse (moins de 10 mEq/L)
- **Si qualité de vie acceptable, désir de vivre, traiter:**

Syndrome hépato-rénal traitement

- Vasopressine + albumine IV pour augmenter la perfusion rénale
- NE ou midodrine (agoniste alpha 1 adrénergique, IV ou PO)
- Octréotide IV (analogue somatostatine)
- Échec: TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) ou
- Dialyse ?

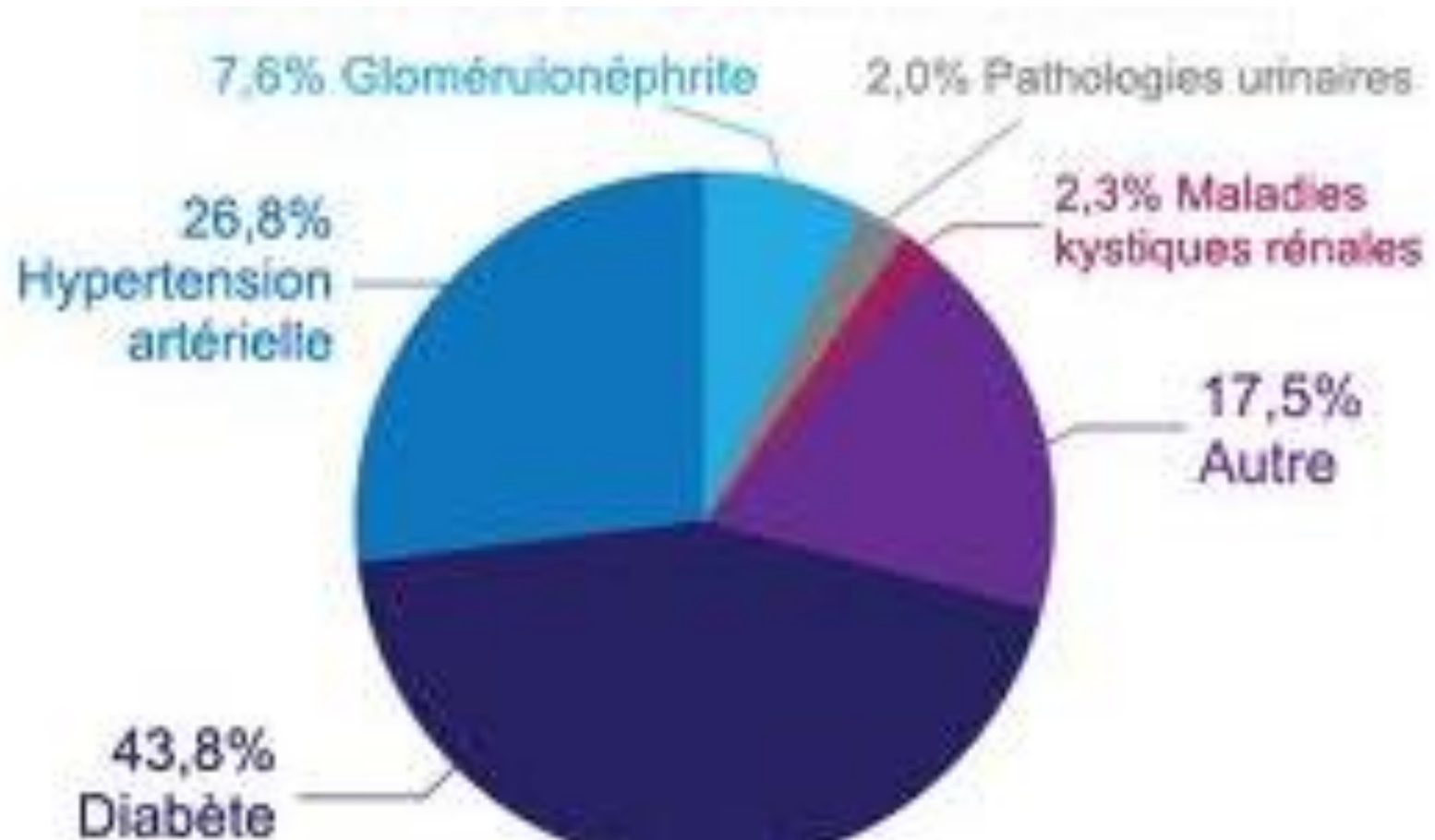


Insuffisance rénale

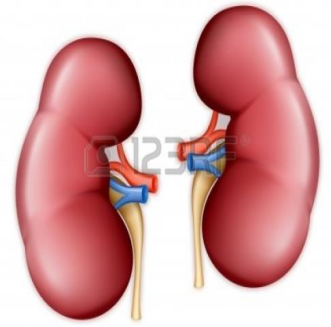


- Glomérulonéphrite
- Pyélonéphrite
- Polykystose rénale
- Diabète
- Hypertension artérielle
- Néphropathie vasculaire
- Autres
- Inconnue

Insuffisance rénale



Insuffisance rénale terminale



- Symptômes de fatigue, nausées entre 30 et 50 mL/min
- **Symptômes d'urémie à moins de 30 mL/min:**
- **TGI:** hoquet, anorexie, halitose-gout ammoniac, C, D
- **CVS:** HTA toujours, Anémie NN, IC globale sur surcharge liquidienne, OAP, péricardite fibrineuse
- **Resp:** Respiration de Kussmaul (Inspiration profonde suivie expiration brève et gémissante), haleine d'ammoniac
- **Cutané:** Oedeme paupières, généralisé, teint gris, prurit, infections cutanées
- **Neuro:** céphalées, confusion, myoclonies, impatiences, crampes, coma
- **Ostéodystrophie rénale:** fractures, dépôts Ca, arthrites

Insuffisance rénale terminale: Cockcroft non fiable si cachexie

[Retour à la liste](#)

Cockcroft - Gault

POIDS	<input checked="" type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	<input type="text" value="0"/>
ÂGE		<input type="text" value="0"/>
CRÉATININE	umol/L	<input type="text" value="0"/>
<input type="button" value="Homme"/> <input type="button" value="Femme"/>		
CLAIRANCE DE LA CRÉATININE		0

ÂGE	<input type="text" value="0"/>	
<input type="button" value="Africain"/> <input type="button" value="Autres"/>		
CRÉATININE	umol/L <input type="text" value="0"/>	
<input type="button" value="Homme"/> <input type="button" value="Femme"/>		
CLAIRANCE DE LA CRÉATININE		0

J'ai trouvé une erreur

Insuffisance rénale chronique
MDRD + fiable

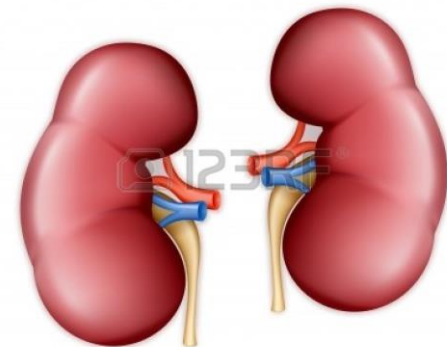
Formule aMDRD (2000)

Débit de filtration glomérulaire estimé
(eDFG) en ml/min/1,73m²

$$eDFG = 186,3 \times (\text{âge})^{-0,203} \times (P_{cr})^{-1,154}$$

(x 1,212 si afro-américain et x K

Avec K = 1 chez l'homme
= 0,742 chez la femme



Insuffisance rénale 5 stades

Stades	Description	DFG (ml/min/1,73 m ²) dérivé de la MDRD	CICr (ml/min) dérivé de Cockcroft-Gault
1	Pas d'IRC	≥ 90	> 80
2	IRC légère	60-89	50-80
3*	IRC modérée	30-59	30-50
4	IRC sévère	15-29	< 30
5	IRC terminale	< 15 (ou dialyse)	Dialyse

MDRD: Modification of diet in renal disease.

*Le stade 3 peut être divisé en deux sous-catégories: 3a entre 45 et 59 ml/min/1,73 m² et 3b entre 30 et 44 ml/min/1,73 m².

Insuffisance rénale terminale:
quand ?



Insuffisance rénale chronique

- Quand le patient ne peut pas recevoir la dialyse, la refuse ou désire la cesser, prévoir une fin de vie probablement rapide si le patient cesse la dialyse ou s'il est confus et faible.
- -Cesser graduellement la médication
- Hydrater selon le désir du patient
- Traiter les possibles crises de goutte très douloureuses (prednisone, morphine) si allopurinol cessé (on donne 100-150 mg par jour si clearance moins de 10-20 mL/min)
- Soulager l'agitation, l'insomnie et l'anxiété



IR: Moins de 6 mois espérance de vie

Clearance créatinine moins de 10 cc/min (15 si DB)

- Cachexie, faiblesse, statut de performance 40% ou moins
- Co-morbidités sévères: MPOC, MCAS, IC, IH, sepsis, SIDA
- Albumine moins de 2,5 gm/dL
- Plaquettes moins de 25 000
- CIVD
- Saignement TGI
- Urémie, oligurie (moins de 400 cc), syndrome Hépatorenal, surcharge et oedème diffus, péricardite urémique

Et le patient refuse ou n'est pas éligible à une dialyse



Médication en insuffisance rénale sévère (moins de 30 mL/min) ou terminale (moins de 20 mL/min)

- **Aucun RX néphrotoxique** (AINS, lithium, metformin, antacides à base d'Al ou de Mg); Stéroïdes OK
- Réduire ou cesser les HGO sulfonylurés et insuline (Novorapide OK petites doses)
- **Réduire les doses des opiacés** (50%) et utiliser les CA en toute fin de vie; dim 50 % acétaminophène
- Les hypnotiques/sédatifs sont surtout à métabolisme hépatique donc OK 50 %, Benadryl bien toléré (prurit, insomnie)
- Antibiotiques OK: Cipro.
- **TOUTE PRESCRIPTION AVEC LE PHARMACIEN:** travail interprofessionnel



Critères de moins de 6 mois survie pour les patients atteints du VIH

National Hospice Organization- NHO

CD4 <25 cells/ μ L et HIV RNA >100,000 copies/mL

Albumin <2.5 g/dL,, plus de 50 ans

Lymphome SNC

Toxicomane qui consomme

Leucoencephalopathie multifocale progressive:
démence VIH

Cryptosporidiose

Cachexie sévère, statut fonctionnel diminué

Mycobacterium avium disséminé

Sarcome viscéral de Kaposi/autre cancer avancé

Toxoplasmose

Cardiomyopathie sévère, IC,

Cirrhose ou IR terminales

Diarrhée chronique sévère

Conclusion : patients en fin de vie de conditions non cancéreuses

- - Il n'existe **pas de critères fiables et simples pour établir le pronostic de malades** atteints d'insuffisance organique terminale, même très près du décès.
- Ces malades ont habituellement **une perte d'autonomie plus longue et plus tôt** dans l'évolution de leur maladie: **évolution en dents de scies avec décompensations répétées.**
- Ils ont besoin de soins palliatifs plus longtemps...mais en reçoivent moins en pratique: sont-ils les parents pauvres de nos soins de fin de vie en raison de notre difficulté justement ...de pronostic et de notre organisation de soins déficiente en 1^e ligne ?

Conclusion: proposition

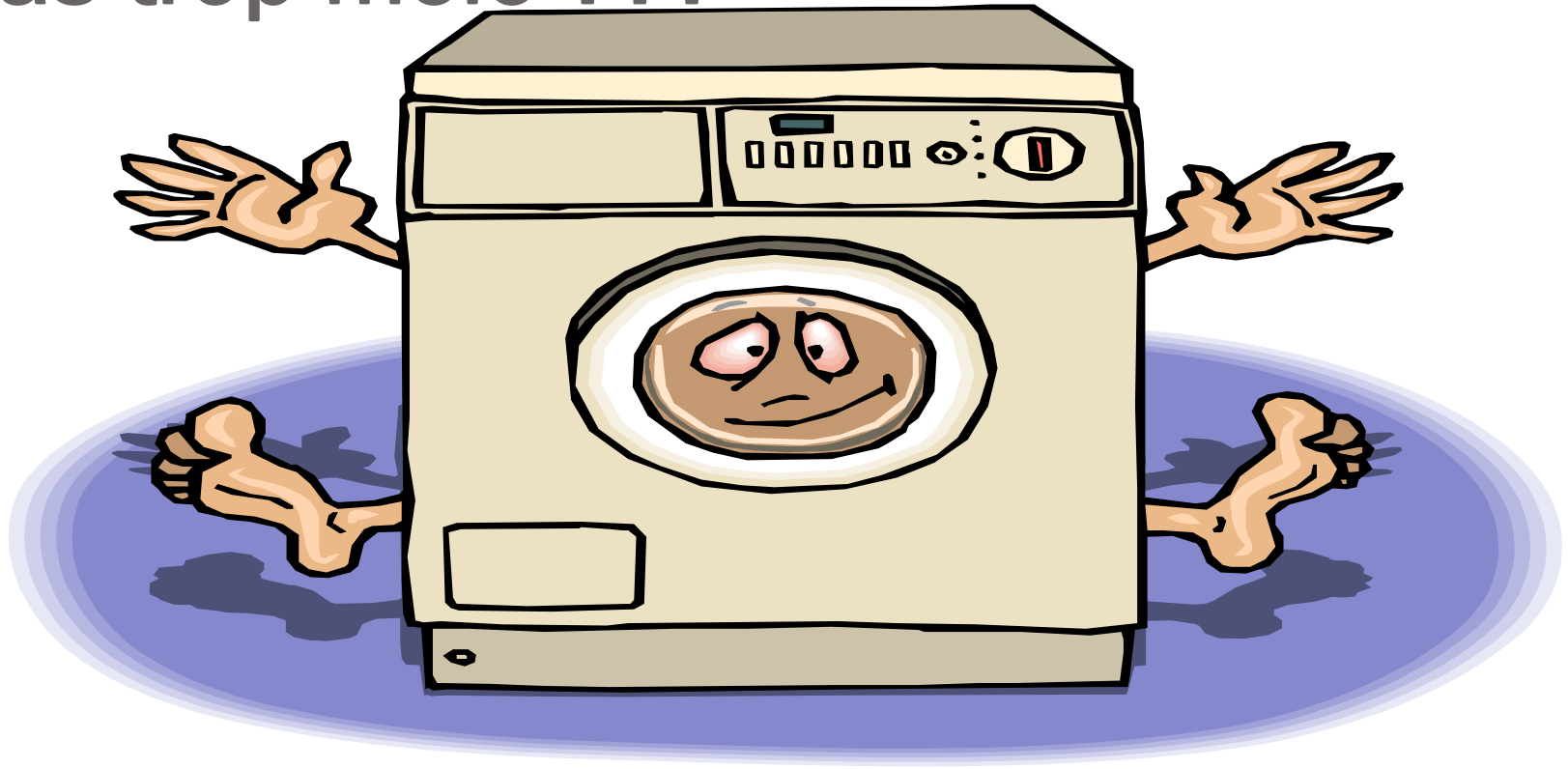
- L'octroi de services basés sur les **besoins des malades**, non pas sur le pronostic de vie...que ce besoin précède la mort de 1 ou 8 mois... ou plus , s'ajoute.
- Avec, pour certains, si ce n'est pas clair, les grilles déjà en usage , mais pas « de routine » (Karnofsky, ECOG, SMAF,...évaluation locale par nos travailleurs sociaux ... **tout ce que nous jugeons valable déjà pour octroyer des services de placements au Québec**) ,et surtout en fonction des **besoins spécifiques** aux soins palliatifs.

Fin de vie de non cancer-

Communiquer plus et plus tôt

- Ne pas hésiter à parler plus tôt dans l'évolution (hospitalisations répétées, niveau IV, perte de poids, Statut fonctionnel diminué) de la fin de vie possible et du niveau de soins désiré par le patient: NOTER AU DOSSIER, et transmettre ces informations au congé au MD traitant
- Offrir plus tôt dans l'évolution les services d'une équipe de soins palliatifs en support à l'équipe de soins
- Revalider à chaque détérioration les désirs du patient en regard de la réanimation, de la ventilation mécanique, de l'alimentation parentérale, de l'hydratation parentérale, etc.

Votre opinion?
Pas trop mêlé ???



- **Merci de votre écoute.**
- **Continuez votre excellent travail !**

Conclusion: proposition

- Laisser les professionnels , le malade et ses proches exprimer le **besoin de soins palliatifs individuellement pour le malade: cas par cas...**
- Ne pas tenter de développer et d'appliquer une grille fixe à tous les malades tant que les études ne nous auront pas donné plus de preuves de leur efficacité.
- Ne pas utiliser des critères de pronostic du survie chiffrée pour un individu tant que les études ne nous permettront pas de le faire de façon rationnelle, scientifique.

Le suivi des patients avec une maladie non
cancéreuse avancée: sensation constante de
catastrophe imminente pour le médecin.....



Le suivi de des patients ... un combat...perdu...mais ...



Des *petites* batailles de gagnées....
Le bonheur de soulager



Merci



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,**
- ***Le grand livre de la douleur*** (Dr Brizard)
- **Présentations partagées,**
- **Revue de littérature** (*Le coin de Renée*),
- ***Outils: Opical*** (calculette pour les opiacés).
- **A venir: Textes** sur le suivi clinique des patients atteints de cancer (le cancer sera étudié); Textes sur les syndromes les plus fréquents en soins palliatifs pour les omnipraticiens



Soins palliatifs- lectures suggérées

- **APES: Guide pratique des soins palliatifs, 2^e édition- 2008**
- **Précis pratique des soins médicaux à domicile 2000- FMOQ- Édisem**
- **Médecin du Québec numéro « Fin de vie à domicile » 2001**
- **Médecin du Québec Numéros sur la douleur aiguë et chronique 2003**
- **Miniguide – Palli-Science: www.palliscience.com**
- **Animations – les grands syndromes en soins palliatifs**
Palli-Science: www.palliscience.com

Références

- D Dion , G Dechêne; Médecin du Québec 2004-
Articles de recherche: Où meurent les québécois, 1^e et
2^e parties.
- Muller-Busch, H, et al . *Sedation in palliative care. A
Critical analysis of 7 years experience.* BMC Palliative
Care. 2003; May 13:2(1):2
- La douleur à l'urgence » Médecin du Québec dec
2002, page 70. Dr Daniel Gervais.
- Bruera, E, Breinneis, C, Michaud, M , et al. *Use of the
subcutaneous route for the administration fo narcotics
in patients with cancer pain.* Cancer 1998; 62: 407-411