

# Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

FORMATION CONTINUE 2009-2010

JEUDI 3 DÉCEMBRE 2009

SÉANCES FACULTATIVES DE L'APRÈS-MIDI

13h30

15h30

LA FIN DE VIE À DOMICILE



Docteur Pierre St-Germain  
Omnipraticien  
CSSS Haut Richelieu Rouville

## La fin de vie à domicile

Dr Pierre St-Germain  
CSSS Haut Richelieu Rouville  
Décembre 2009

## Déclaration d'intérêt

### Plan

- Mon milieu de travail
- Réflexion sur le « mourir à domicile »
- Gestion des symptômes
  - Les symptômes respiratoires
  - Le delirium
  - Réflexion sur le sous-cutané à domicile

### Ma pratique

- St-Jean-sur-Richelieu
- Soins palliatifs depuis 13 ans,  
à temps plein depuis 4 ans.
- Consultations Hôpital du Haut-Richelieu
- Soins palliatifs à domicile
- Maison soins palliatifs (15 lits)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Soins palliatifs à domicile

Équipe multidisciplinaire spécialisée en oncologie et soins palliatifs

- Infirmières, ergothérapeute, travailleuse sociale, auxiliaires familiales.
- Taux de décès à domicile entre 20 et 40%

---

---

---

---

---

---

---

---

### Mourir à domicile

Ce n'est pas un objectif mais seulement une possibilité.

Ce n'est pas le meilleur endroit car **il n'y pas de meilleur endroit.**

Le patient bien informé est plus à même de choisir **l'endroit qui lui convient le mieux.**

---

---

---

---

---

---

---

---



### Les étapes du mourir

#### Une connaissance qui s'est perdue !

- **Perte d'autonomie progressive**  
(alitement, incontinences)
- **Diminution de l'envie de boire et manger**
- **Altération de la conscience**  
(confusion, somnolence, coma)
- **Les symptômes respiratoires**

---

---

---

---

---

---

---

---

### Décision éclairée

- Ce que la famille aura à faire
- Les injections sous-cutanées
- Besoin d'équipements (lit, chaise d'aisance)
- Ce que le CLSC peut réellement offrir
- La disponibilité du médecin à domicile
- Le constat de décès

---

---

---

---

---

---

---

---

### Décision éclairée

Ce que l'on gagne,  
ce que l'on perd...

Le domicile n'est pas un hôpital  
ni une unité de soins palliatifs

---

---

---

---

---

---

---

---

Raisons les plus fréquentes de réorientation

- Famille mal informée au départ
- Les promesses « arrachées »
- Perte de contrôle des symptômes  
Agitation, dyspnée et douleur

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Gestion des symptômes fréquents en fin de vie

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Les symptômes respiratoires

La dyspnée

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**La dyspnée**

- Sensation subjective d'inconfort lié à la respiration.
- Ce n'est pas un signe mais bien un symptôme.
- Tout comme la douleur, elle est ce que le patient dit qu'elle est.
- Impact important sur la qualité de vie

---

---

---

---

---

---

---

---

**M. Legendre, 74 ans**

**Première visite à domicile**

Congé de l'hôpital il y 2 semaines  
 ADK lobe supérieur G (Dx depuis 3 semaines)  
 Méta pulmonaires bilatérales  
 Épanchement pleural base gauche  
 MPOC, MCAS, HTA, HBP

---

---

---

---

---

---

---

---

**Depuis 5 jours présente:**

Toux grasse, sibilances  
 DEG, alité >50% (ECOG 3)  
 Douleur thoracique postérieure gauche  
 Dyspnée; il a peur de mourir étouffé

Examen physique

TA 108/55, FR 18/min, FC 72/min, Saturation 94%  
 Amaigri, anxieux, teint grisâtre.  
 Poumon: MV diminué, sibilances et râles diffus

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sa conjointe de 70 ans est inquiète mais veut le garder jusqu'à la fin...**

Rx à la maison :

Inhalateurs, incapable de les prendre adéquatement  
Norvasc 5 die  
TNT s.l.  
HCT 12,5 mg die  
Serax 15 mg hs  
Duragésic 25 mcg q 3jrs débuté à l'hôpital il y 2 semaines  
Dilaudid 0,5 mg po q 4 h prn (~ 4 par jour)  
Flomax 0,4 mg die

La dyspnée : Étiologie

Atteinte parenchymateuse  
Épanchement pleural  
Syndrome de la veine cave supérieure  
Lymphangite carcinomateuse  
Obstruction des voies aériennes par la tumeur  
Ascite – hépatomégalie  
Douleur  
Métastases osseuses thoraciques

La dyspnée : Étiologie

Anémie  
Embolie pulmonaire, Pneumonie (aspiration)  
Radiothérapie  
Anxiété  
MPOC  
Insuffisance cardiaque, Infarctus, Obésité  
Fatigue des muscles respiratoires  
etc.

Horizontal lines for notes, organized in three columns corresponding to the text blocks on the left.



### La dyspnée : Traitement

1. Traitement non pharmacologique
2. Traiter les causes
3. Traiter les symptômes

---

---

---

---

---

---

---

---

### La dyspnée : Traitement

#### Approches non pharmacologiques

- **RESTEZ LÀ !**
- Aération adéquate de la pièce – **courant d'air !**
- Relaxation.
- **Surélévation de la tête du lit.**
- Soins de bouche adéquats.
- Oxygène de confort (test thérapeutique).

---

---

---

---

---

---

---

---

### La dyspnée : Traitement

#### Tenter de traiter les causes si possible

Bronchospasme : Combivent en **nébulisation**

Sécrétions bronchiques:

robinul 0,2 à 0,4 mg s.c. q 2h prn

scopo 0,2 à 0,8 mg s.c. q 2h prn (sédatif)

Stéroïdes si besoin et si pertinent

Surinfection : Antibiotiques si le pronostic le permet

Surcharge : **Il faut y penser !** Lasix (10mg/ml)

se donne par voie s.c.

Nitroglycérine si composante cardiaque suspectée

---

---

---

---

---

---

---

---

**La dyspnée : Traitement**

**Traitement symptomatique simultané**

**Narcotiques:** Donner une entre dose  
ou  
débuter équivalent de  
morphine 2,5 à 5 mg po  
q 4h rég.(ou équivalent s.c.)

**Benzodiazépines:**  
Ativan 0,5 à 2 mg q 4h prn (po ou s.c.)  
Versed 2 à 5 mg q 2h prn (s.c.)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vous avez prescrit à M. Legendre:**

- Combivent nébulisation qid + q 4h prn
- Robinul 0,4 mg s.c. q 2h prn
- **Cesser duragésic** (ajustement trop lent et indication dans dyspnée ???)
- Dilaudid 1mg s.c. q 4h rég. + ED 0,5 mg s.c. q 1h prn (douleur ou dyspnée)
- Ativan 0,5 mg tid + q 4h prn
- Sonde à demeure au besoin (connu pou HBP)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Après discussion avec le couple:**

- Pas d'antibiotiques
- N'avait pas de lasix avant son hospitalisation (toujours vérifier car souvent cessés au congé!)
- **Protocole de détresse** prescrit et surtout expliqué fréquemment  
Seringues préparées sous hotte  
(peuvent être conservées 3 semaines)

Évaluation et réajustement quotidiens

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vous revoyez M. Legendre le lendemain:**

Râles presque résolus.  
Dyspnéique à la mobilisation au lit.  
3 dilaudid 0,5 mg s.c. pour dyspnée  
Un peu amorti le jour suivant l'ajustement de la médication.

Vous augmentez le dilaudid de 1 à 1,5 mg s.c. q 4 h rég. et les ED à 1 mg s.c. (car trouve que les ED sont lentes à le soulager.)

Sur le seuil de la porte, sa femme vous demande :  
« Est-ce que ça va recommencer ? »

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vous avez 2 jours de répit....**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Mais au matin du troisième jour...**

- Agité, repousse sa femme qui veut l'aider.
- Ne supporte plus les nébulisations, le fait étouffer !
- Le patient est assis dans son lit.
- Pas de râle pulmonaire mais hypoventilation toute la plage gauche
- L'épouse est désespérée.

---

---

---

---

---

---

---

---







### Rôles terminaux

2. Si on ne peut les enrayer, s'assurer qu'ils ne soient pas source d'inconfort pour le patient.

**Symptômes d'inconfort observables :**

Toux, efforts de vomissement, haussement d'épaules, agitation

**Sédation profonde :** narcotiques, benzodiazépine, scopolamine ± nozinan régulièrement.

**Rassurer la famille** que malgré l'image parfois terrible que l'on voit, tout est fait pour que le patient n'en soit pas conscient.

---

---

---

---

---

---

---

---

### La saturométrie en fin de vie

Mourir avec l'AIR en santé ?

- En fin de vie la saturation varie beaucoup.
- Peu de valeur pronostique.
- Suscite énormément d'inquiétude.
- Détourne l'attention de la famille loin du malade.
- Réduit le processus du mourir à un chiffre sans signification.
- Et surtout, cela n'aide en rien au confort du patient.
- À utiliser avec parcimonie.

---

---

---

---

---

---

---

---

### Le delirium en fin de vie

Réflexions

---

---

---

---

---

---

---

---

### Delirium : Définition

- Perturbation du niveau de conscience
  - Atteinte cognitive ou désordre perceptuel
  - Apparition du problème dans une courte période de temps et fluctuant
  - Perturbation du cycle éveil-sommeil, du comportement psychomoteur\*, perturbations émotionnelles
- \*hyper ou hypoactif

---

---

---

---

---

---

---

---

### Delirium en fin de vie

- Problème **fréquent**.
- Souvent catastrophique à domicile.
- Nécessite un **dépistage** et une intervention **précoce** pour diminuer la survenue de l'agitation.
- En cas de dérapage il faut une **approche incisive**.

---

---

---

---

---

---

---

---

### Delirium en fin de vie

Quelques unes des causes les plus fréquentes:

**Agitation terminale**

- Globe vésical
- Constipation, fécalome
- Douleurs non contrôlées
- Iatrogène** (ADT, narcotiques, sevrage de Rx cessés en per os)
- Hypoxémie
- Métastases cérébrales
- Encéphalopathie paranéoplasique

**Rarement réversible en fin de vie !**

---

---

---

---

---

---

---

---



Approche générale

- rassurer – explications à la famille du traitement envisagé.
- traiter le patient et la famille avec respect
- éviter contention et ridelles.
- maintenir un environnement calme et familial.

---

---

---

---

---

---

---

---

Traitement pharmacologique du delirium hypo actif

Débuter rapidement un neuroleptique pour contrôler la situation.

Tentez de conserver l'éveil:

**Haldol** 0,5 mg bid à tid

Si composante anxieuse ajouter

**Ativan** 0,5 à 1 mg bid à tid

ou

tout remplacer par **Nozinan** 2,5 à 5 mg tid

---

---

---

---

---

---

---

---

Traitement pharmacologique du delirium agité

**Haldol**: 0,5 à 5 mg ad q 4h rég. (peu sédatif) ou

**Nozinan** 5 à 50 mg ad q 4 h rég. (très sédatif)

+

**Ativan** 0,5 à 2mg (parfois ad 4mg) ad q 4h rég. ou

**Versed** 2,5 à 5 mg q 1 h prn (tachyphylaxie)

Viser le contrôle de l'agitation dans les heures qui suivent.

Ne pas quitter le domicile avant que le patient ne soit calme.

---

---

---

---

---

---

---

---

Traiter la douleur  
jusqu'à la fin

Réflexion sur les différentes  
voies d'administration

---

---

---

---

---

---

---

---

**Les besoins en analgésique demeurent  
jusqu'à la toute fin.**

Qu'en est-il de l'absorption des Rx  
en fin de vie ?

---

---

---

---

---

---

---

---

Transdermique

- Absorption dépend de perfusion capillaire
- Patients souvent hypo perfusés
- Possible perte d'efficacité

---

---

---

---

---

---

---

---

**Voie per os**

- Ralentissement du transit digestif
- Diminution de l'absorption
- Diminution efficacité
- Taux sanguin très variables
- Possible surdosage « retard »

---

---

---

---

---

---

---

---

**Voies alternatives possibles**

- Transmuqueux buccale
- Sublinguale
- Intra-rectal
- Sous-cutané
- Intraveineux
- Topique

---

---

---

---

---

---

---

---

**Une approche à adapter selon les ressources du milieu**

Envisager voie IR selon la capacité de la famille et la pertinence de poursuivre chacun des Rx.

---

---

---

---

---

---

---

---

Notre expérience démontre qu'avec un support médical et infirmier intensif à domicile, la majorité des familles sont capables de gérer adéquatement le sous-cutané.

**Sous-cutané à domicile**

- Nécessite habituellement des visites infirmières quotidiennes.
- Préparation des seringues sur une base journalière
- Visites médicales 2 à 3 fois par semaines, parfois plus.
- Demande une intensité de service importante mais généralement durant peu de jours.

**En terminant:**

Puisque les membres de la **famille** assumeront environ 80% des soins à domicile, ils sont des **partenaires indispensables**.

Il faut évaluer leurs craintes et leurs besoins, les intégrer dans la prise en charge et anticiper leurs épuisement.

Et surtout...

Aider la famille à garder à l'esprit que:

Mourir à domicile **n'est pas un objectif** mais bien une possibilité parmi d'autres.

Questions ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---