

Des soins palliatifs pour tous les malades?

Yvon Beauchamp M.D., C.C.F.P.

**Chef des services de soins palliatifs
HSCM et CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent**

**Chargé d'enseignement de clinique
Université de Montréal**

Centre de santé et de services sociaux
de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

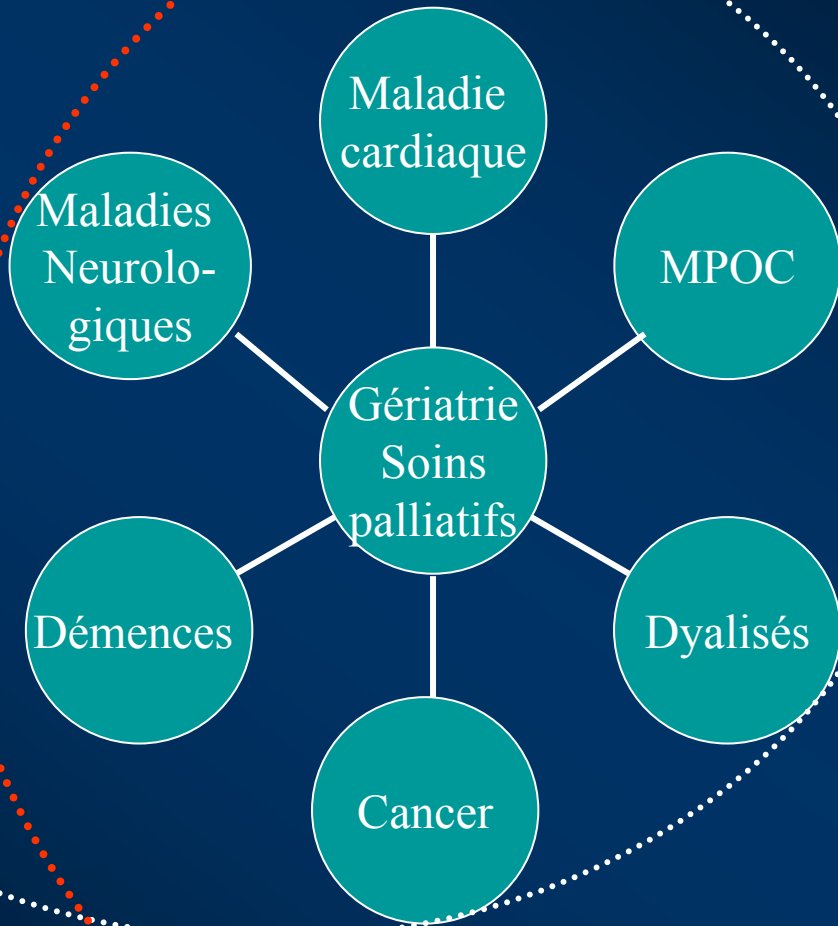
APPILIÉ À
Université
de Montréal



Hôpital
du Sacré-Coeur
de Montréal

Gériatrie

g
e
r
i
a
t
r
i
e



Soins palliatifs

Soins palliatifs

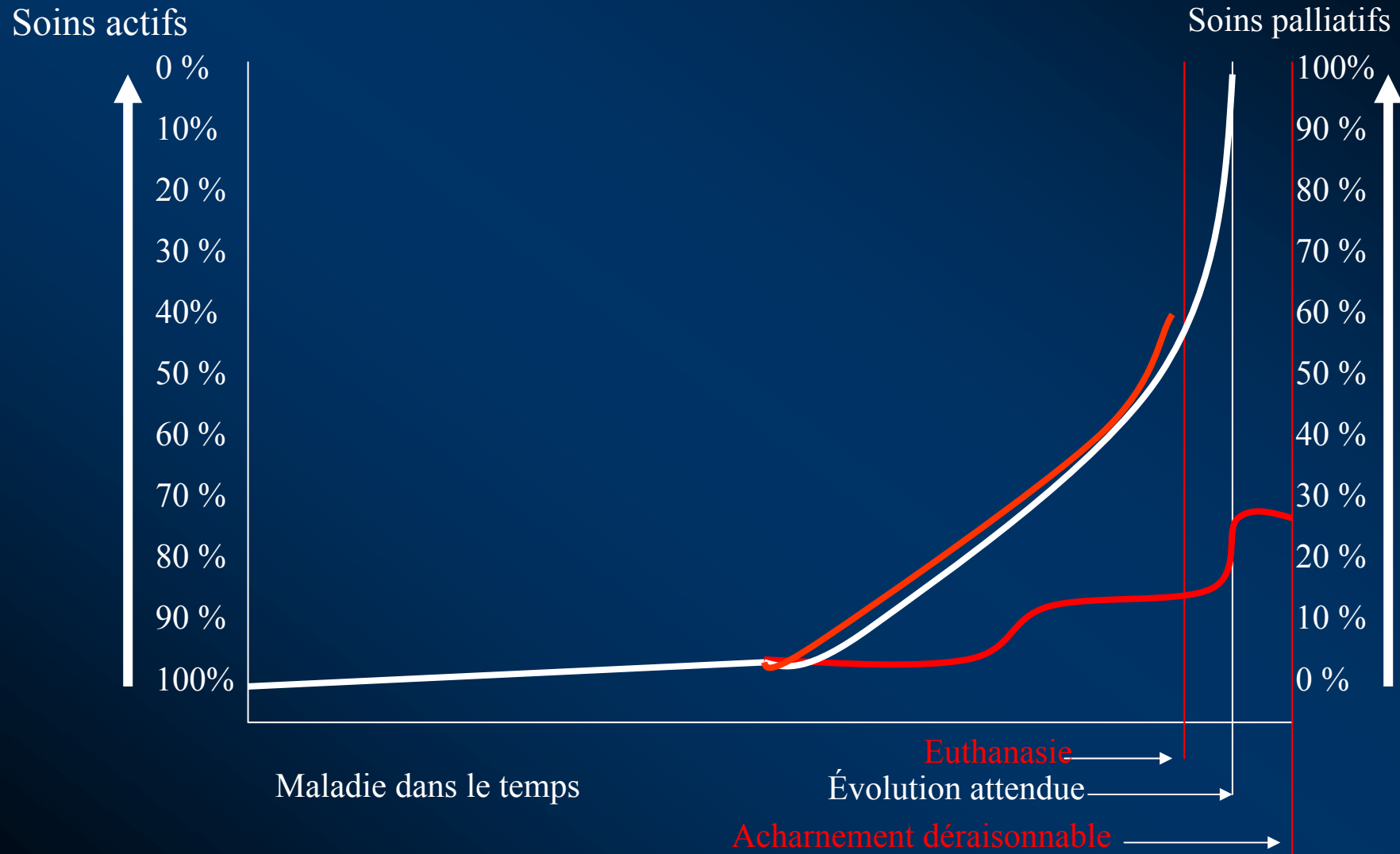
Que sont les soins palliatifs?

- Des soins de Confort et de Réconfort
- C'est le rôle de tous les médecins
- La médecine palliative n'est pas une spécialité, c'est une philosophie
- L'accent est mis sur la prévention et le soulagement des souffrances diverses: douleur et autres problèmes physiques, psychosociaux et/ou spirituels
 - Identification précoce
 - Évaluation soignée
 - Traitement

Soins palliatifs: où ?

- Domicile
- C.H.S.L.D.
- Hôpital général de soins aigus
- Maisons de soins palliatifs

Quand penser à changer de philosophie



Yvon Beauchamp M.D. Mai 2007

Docteur, combien de temps ??

Nos boules de cristal sont le plus souvent opaques

- En cancer c'est plus facile

Score de pronostic palliatif (PaP)

Journal of Clinical Oncology, Vol 23. No 25 Sept.1 2005

- Combinaison du score de performance de Karnofsky et de cinq autres critères:
 - Dyspnée
 - Anorexie
 - Prédiction clinique de survie (semaines)
 - GB total ($\times 10^9/L$)
 - % de lymphocytes

- Fiable pour les patients avec un diagnostic de cancer ou autres (ex: SIDA, syndrome de défaillance organique, troubles neurologiques).

OMS/STATUT FONCTIONNEL ECOG

- 0 activité complète sans restriction
- 1 Ambulant, restriction sur les activités plus énergiques
- 2 Ambulant, soins personnels possibles, 50% du temps non alité
- 3 Soins personnels limités, 50% du temps au fauteuil ou au lit
- 4 Aucun soins personnels, totalement confiné au lit ou au fauteuil

Eur J Cancer. 1996 Juin; 32A (7) : 1135-41

Activité	Échelle de Karnofsky			ECOG
Activité normale	100	Asymptomatique		0
	90	Symptômes mineurs		
	80	Légèrement limité		1
Incapacité de travailler séjour possible à domicile	70	Assume besoins personnels		2
	60	Assistance occasionnelle+soins médicaux fréquents		
	50	Assistance constante et soins médicaux fréquents		
Incapable de s'occuper de lui-même	40	Assistance médicale constante et confiné au lit plus de 50% des heures éveillées	Survie Médiane 8-50 jours	3
	30	Hospitalisation permanente nécessaire		
	20	Alitement permanent	Survie médiane 7-16 jours	4
	10	Moribond		

Score de pronostic palliatif

Critères	Évaluation	Score partiel
Dyspnée	Non	0
	Oui	1
Anorexie	Non	0
	Oui	1.5
Prédiction clinique de survie en semaines	> 12	0
	11-12	2
	7-10	2.5
	5-6	4.5
	3-4	6
	1-2	8.5
Indice de Karnofsky	≥ 30	0
	10-20	2.5
G.B. totaux	≤ 8.5	0
	8.6-11	0.5
	> 11	1.5
% lymphocytes	20-40 %	0
	12-19.9 %	1
	< 12%	2.5

Risque	Survie à 30 jours	Score total
A	> 70 %	0-5.5
B	30-70 %	5.6-11
C	< 30 %	11.1-17.5

Wilner LS, Arnold RM. The Palliative Prognostic Score # 62
J Palliat Med 2006 Aug; 9 (4): 993

hp M.D. Mai 2007

En cardiologie ça se corse

- Historiquement, la médecine palliative trouvait sa raison d'être dans le soulagement de symptômes et de souffrances d'une mort anticipée lorsqu'une cure ou une amélioration de la condition n'était plus possible.
- Mais... lorsque la mort n'est pas si proche ?? Certains choisiront de focaliser sur une prolongation agressive de la vie, alors que d'autres choisiront de concentrer l'énergie sur la qualité de la vie.
- La longueur de la survie est difficile à prédire en insuffisance cardiaque, surtout que certains mourront subitement

S.U.P.P.O.R.T.

(Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments)

Cleveland Clinic Journal of medicine, vol 60. no 4 avril 2002

1404 patients insuffisants cardiaques

92 patients (6.5%) sont morts durant l'hospitalisation initiale; dont 35 % en douleur sévère et 43% en dyspnée sévère

1312 (93.5%) insuffisants cardiaques ont reçu congé de l'hôpital

75 % ont eu des arythmies documentées

79 % : perte 5 lbs en dedans de 2 mois du congé

76 % ont eu besoin de services de maintien à domicile

68 % réadmis en dedans de 2 mois

Ceux à qui on avait donné 50% de chance de survivre 6 mois, 53 % étaient encore vivants

Ceux à qui on prédisait 10% de chance de survie à 6 mois, 38% étaient vivants

77 % ont survécu > 6 mois dont 73 % avec F.E. ≤ 20 %

Votre insuffisant cardiaque est-il prêt pour les soins palliatifs ?

OUI si les tx pharmacologiques maximaux sont donnés et ... si

Albert and colleagues, Cleveland Clinic Journal of Medicine Vol 69 no 4 april 2002

**Avec cardiomyopathie ischémique:
trois des quatre critères sont présents**

Na sérique < 138 mmol/li

R.C.: > 100/ min

Créatinine sanguine: > 2.0 mg/dl

Décompensation antérieure

Ou

Si un score > 21 points:

Na sérique < 134 mmol/li _____ 16 points

Na sérique > 134 et < 138 mmol/li _____ 7 points

R.C. > 100/min _____ 9 points

Créatinine sérique > 2.0 mg/dl _____ 10 points

Âge > 70 ans _____ 5 points

Décompensation antérieure _____ 6 points

Total _____

**Avec cardiomyopathie dilatée:
quatre des sept critères sont présents**

Na sérique < 138 mmol/li

R.C.: 100 / min

Créatinine sérique > 2 mg/dl

comorbidités: cancer, AVC, artérite, MPOC,

Âge > 70

Institutionnalisé ou dépendant des proches

Cardiopathie confirmée

OU un score de 19 avec ces critères

Na sérique < 134 mmol/li _____ 4 points

Na sérique > 134 et < 138 mmol/li _____ 2 points

R.C. > 100/min _____ 8 points

Créatinine sérique > 2.0 mg/dl _____ 6 points

Comorbidités _____ 4 points

Âge > 70 ans _____ 5 points

Institutionnalisé ou dépendant _____ 7 points

des proches

Cardiopathie confirmée _____ 7 points

Total _____

Heart Failure Risk Scoring System:

[HTTP://WWW.CCORT.CA/PC.ASP](http://www.ccort.ca/pc.asp)

JAMA, Novembre 19, 2003-Vol 290, N0.19 2581-2587

1. Age (an)

2. Rythme respiratoire à la minute
(minimal 20;maximal 45)

3. Pression artérielle systolique (mmHg)

4. B.U.N (mmol/L)

5. Sodium Concentration: <136 mEq/L

Oui Non

6. Maladie vasculaire cérébrale

Yes No

7. Demence

Oui Non

8. MPOC

Oui Non

9. Cirrhose

Oui Non

10. Cancer

Oui Non

11. Hémoglobine <100 g/L

non requis pour score à 30 jours

Yes No

Calcul: % Décès à 30 jour et à 1 an

Score et Risque	Mortalité à 30 jours %	Mortalité à 1 an %
≤ 60 points = risque très bas	0.4 %	7.8
61-90 points= risque bas	3.4 %	12.9
91-120 points= risque intermédiaire	12.2 %	32.5
121-150 points= risque élevé	32.7 %	59.3
>150 points = risque très élevé	59.0 %	78.8

En pneumologie c'est encore plus difficile de prédire

Facteurs de prédiction:

Âge, tabagisme continu, déclin accéléré de VEMS, obstruction modérée à sévère du flot aérien, pauvre réponse aux bronchodilatateurs, hypoxémie sévère, hypercapnie, coeur pulmonaire et pauvre capacité fonctionnelle

Patients admis aux soins intensifs:

24 % décès lors d'une admission pour épisode aigu

30 % décès à 1 an et 95 % à 10 ans si $VEMS \leq 0.75$ L/sec

En pneumologie celà se traduit par

AVQ et AVD très restreintes

Oxygèno-dépendance

Hospitalisations à répétition

Exacerbations fréquentes avec peu de réponses au traitement et augmentation du nombre d'hospitalisations

Anxiété et attaques de panique

Qualité de vie minimale

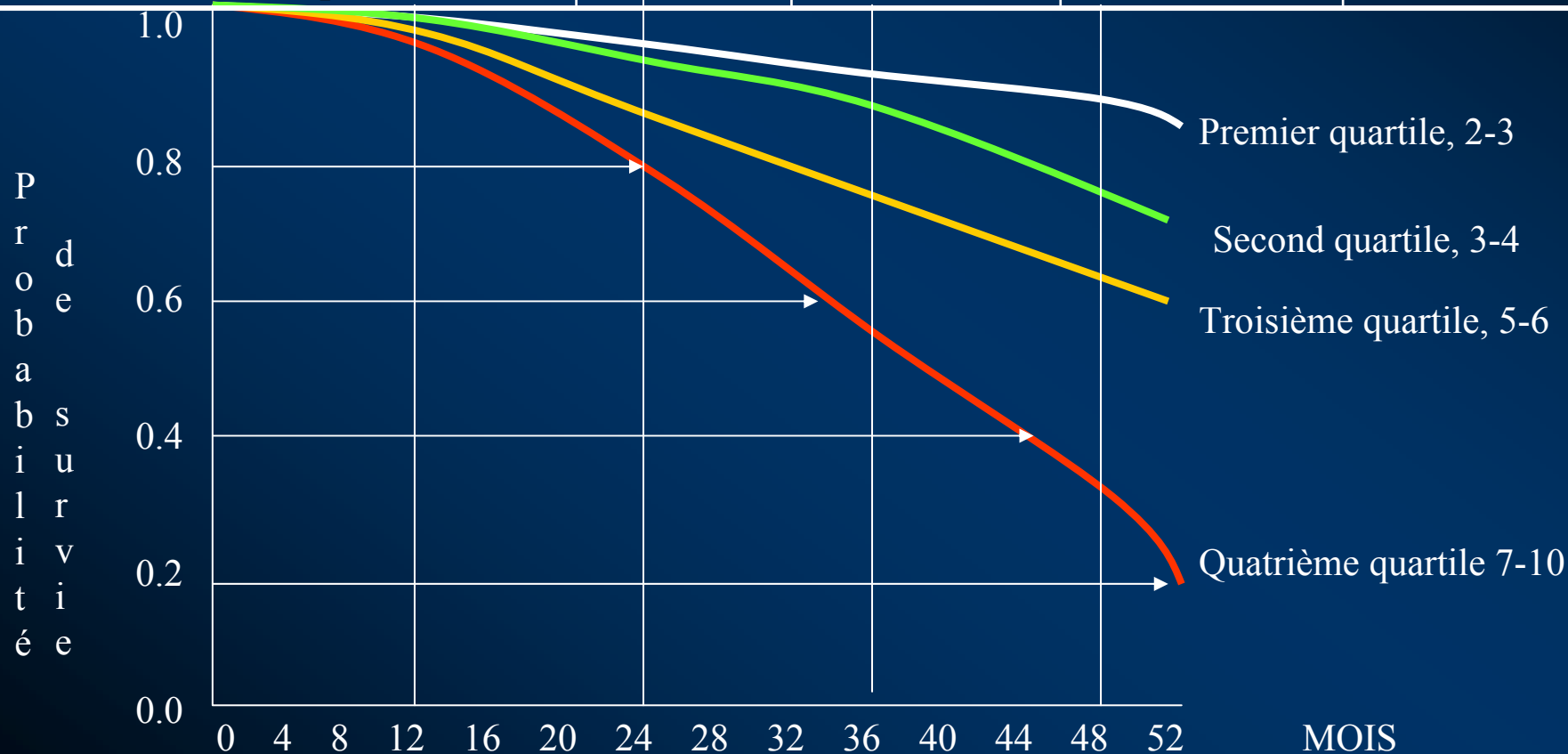
Surinfection à pathogènes multi-résistants

BODE score (4 facteurs de risque)

- Indice de masse corporelle : si < 21
- Obstruction flot aérien: FEV 1 (3 classes selon ATS)
- Dyspnée fonctionnelle
4 niveaux;
I = dyspnée à la marche rapide sur terrain plat ou en montant une pente,
II = dyspnée à la marche sur terrain plat ou en montant escalier,
III = dyspnée après 100 m. sur terrain plat à son rythme,
IV = dyspnée à l'habillement ou à parler)
- Exercice capacité (test de marche à 6 minutes)

New England Journal of Medecine 350; 1005-1012 Mars 04 2004

Variable	Points sur l'index BODE			
	0	1	2	3
FEV1 (% de la valeur prédite)	≥ 65%	50-64%	36-49%	≤ 35%
Distance marchée en mètres en 6 min.	≥ 350	250-349	150-249	≤ 149
Échelle de dyspnée	0-1	2: montant escalier	3: 100 mètres sur plat	4: à la parole
Index masse corporelle	> 21	≤ 21		



Yvon Beauchamp M.D. Mai 2007

**Vous voulez (devez) aborder la
question avec vos malades et avec
leur famille**

Les Règles Médicales et les Soignants

P
r
i
n
c
i
p
e
s
É
t
h
i
q
u
e
s

Bienfaisance
Non-malfaisance
Respect de l'autonomie de la personne
Justice

Code de déontologie: 58-59-60
Dignité, Ne pas nuire. Que peut-on faire? Le ferons- nous? Les traitements: Questions à se poser, Paternalisme
Acharnement déraisonnable

La meilleure décision en

Expression des volontés de la personne –
Liberté et clarté , compréhension
- Vie ou Qualité de sa Vie,
Croyances, Culture

Euthanasie, aide au suicide
acharnement Thérapeutique
Cessation de traitement non initiation de traitement,
respect des volontés
code civil:
" nul ne peut..."
Les mandats, les testaments biologiques

L
e
s
R
è
g
l
e
s
d
e
L
o
i

Le Malade et sa Famille

Y a-t-il une présentation clinique apparentée entre tous ces syndromes??

**MPOC- CARDIOPATHIE-SIDA-CANCER –MALADIE RÉNALE:
Une comparaison des symptômes**

**Journal of Pain and Symptom Management
Vol. 31 No. 1 Janvier 2006 pp.58-69**

Symptômes	Cancer	SIDA	Cardiaque	MPOC	Ins. Rénal
Douleur	39-96% N=10379, 5 é	63-80% N=942, 2 é	41-77% N=882, 4 é	34-77% N=372, 3 é	47-50% N=370, 2 é
Dépression	3-77% N=4378, 11 é	10-82% N=616, 4 é	9-36% N=80, 2 é	37-71% N=150, 2 é	5-60% N=956, 2 é
Anxiété	13-79% N=3274, 9 é	8-34% N=346, 3 é	49% N=80, 1 é	51-75% N=1008, 1 é	30-70% N=72, 2 é
Confusion	6-93% N=9154, 10 é	30-65% N=?, 2 é	18-32% N=343, 3 é	18-33 % N=309, 2 é	nil
Fatigue	32-90% N=2888, 9 é	54-85% N=1435, 2 é	69-82% N=409, 3 é	68-80% N=285 2 é	73-87% N=116, 2 é
Dyspnée	10-70% N=10029, 8 é	11-62% N=504, 2 é	60-88% N=948, 6 é	90-95% N=372, 4 é	11-62% N=334, 2 é
Insomnie	9-69% N=5606, 9 é	74% N=504, 1 é	36-48% N=146, 2 é	55-65% N=150, 2 é	31-71% N=351, 3 é
Nausée	6-68% N=914, 7 é	43-49% N=689, 2 é	17-48% N=146, 3 é	nil	30-43% N=362, 3 é
Constipation	23-65% N=7602, 8 é	34-35% N=689, 2 é	38-42% N=80, 2 é	27-44% N=150, 2	29-70% N=483, 1 é
Diarrhée	3-29% N=3392, 10 é	30-90% N=504, 4 é	12% N=80, 1 é	Nil	21% N=19, 1 é
Anorexie	30-92% N=9113, 10 é	51% N=504, 1 é	41% N=146, 2 é	35-67% N=150, 2 é	25-64% N=395, 2 é

Dr. M. D. Mal 2007

*Très
souvent*

Douleur

Fatigue

Dyspnée

Insomnie

Souvent

Dépression

Nausée

Anorexie

Anxiété

Moins souvent

Confusion

Nausée

Constipation

Diarrhée

Gestion des symptômes

- Continue à être basée sur une bonne compréhension des mécanismes pathophysiologiques sous-jacents
- à ce stade, nous devons limiter les investigations au plus strict minimum et nous fier aux signes cliniques

Que rechercher comme traitant?

- Contrôle de douleur et des autres symptômes majeurs
- Traitement des symptômes mineurs
- Communication claire en rapport avec la situation
- Préserver l'autonomie
- Minimiser la prolongation de l'étape d'agonie
- Minimiser les fardeaux familiaux
- Les enjeux spirituels
- L'endroit du décès
- Sédation profonde continue et terminale si nécessaire

Les dernières heures de vie

- Généralement le patient:
 - asthénie profonde et progressive
 - alité de façon permanente
 - somnolent
 - de plus en plus désorienté et moins capable de porter attention
 - de moins en moins intéressé par aliments et hydratation
 - difficulté à avaler

- Choix des interventions et des routes d'administration des médicaments:
 - confort du malade
 - approches les moins invasives possibles
 - respect du besoin d'intimité entre le malade et ses proches.

L'administration par voie orale

- L'expérience de certains centres de soins palliatifs:
 - 60% peuvent avaler jusqu'à quelques heures avant le décès
 - 25% auront besoin d'une ou deux doses d'opiacés administrés par une voie alternative
 - 15% auront besoin d'une administration par injection
 - Twycross (1983)

Augmenter ou diminuer les doses

■ Patient

- souvent moins hydraté et oligurique
- plus somnolent (souvent de façon subite)
- accumulation probable de la molécule principale et des métabolites

■ Variation dans la dose:

- 13% réduction de la dose
- 44% augmentation de la dose
- 43% dose inchangée
 - Lichter (1990)

- Un arrêt subit des opiacés chez le patient incapable d'avaler peut entraîner une réaction de sevrage se traduisant par plus d'agitation

Les voies alternatives d'administration

- Voie rectale:
 - dose IR = dose PO
 - 6-8 premiers cms du rectum directement reliés à circulation systémique
 - suppositoires, formulation liquide, et quelquefois le comprimé tel quel
- limitations:
 - voie sur-utilisée
 - absorption peut-être erratique
 - le patient doit être tourné

Analgésiques par voie IR

■ AINS

- souvent utiles pour soulager douleur liée à l'immobilité
- souvent utiles si douleur osseuse ou inflammatoire

■ Opiacés:

- suppositoires: Oxycodone, Méthadone, MS Contin ou encore le comprimé MS Contin
- liquide: Élixir de morphine, Méthadone (volume inférieur à 2ml)

Administration sub-linguale ou trans-muqueuse

- Médicaments généralement rapidement absorbés
- utilisation de solutions orales concentrées ou encore des comprimés à libération immédiate
- % absorption après 10 min:
 - fentanyl 51%
 - hydromorphone 25%
 - morphine 22%
 - oxycodone 15%
 - guide pratique des soins palliatifs 3e édition
- plusieurs facteurs limitatifs: salive, sécrétions (truc: atrovent, transderm-V) etc.

Voie transdermique ou topique

- Timbre de fentanyl.
 - Bonne alternative à la voie orale
 - Titration rapide est impossible
- Application topique
 - souvent utile à ce stade pour contrôler douleur des plaies de décubitus
 - Vaporisation de solution de morphine q 8hres
 - Morphine dans gel intrasite 0,1%
 - Anesthésiques locaux

Administration sous-cutanée

- Voie parentérale de choix
- Administrer via papillon
- Dose orale 2 à 3 X la dose SC
- Voie SC intermittente
 - limitations: effet bolus et volume à injecter
- Voie SC continue
 - pompe portative
 - pousse-seringue
 - Perfusion SC avec médication multiple

Administration sous-cutanée

- Atteinte des taux sériques peut prendre quelques heures lors de la perfusion continue
 - souvent utile d'administrer une dose à action immédiate.

Douleur incidente

- Contracture des articulations
- Nouvelle fracture pathologique
- Ankylose
- Souvent utile d'utiliser dose d'appoint avant manipulation prolongée (ex: toilette)
- Peur du mouvement:
 - patient confus ou désorienté
 - besoin d'expliquer et de manipuler le malade doucement

Les symptômes respiratoires en fin de vie

La dyspnée

- En fin de vie résulte souvent de plusieurs facteurs:
 - métastases pulmonaires ou lymphangite carcinomateuse
 - infection
 - oedème pulmonaire
 - effusion pleurale ou péricardique
 - acidose métabolique
 - compression de trachée ou bronche souche
 - anémie

Triade de la détresse respiratoire

- Dyspnée
 - Tachypnée
 - Anxiété et Agitation
-
- Intensité et incidence augmentent de façon importante au cours des 48 dernières heures de vie.

Gestion de la dyspnée au cours des dernières heures de vie

- Causes réversibles ont généralement reçu un traitement spécifique auparavant
- Limiter les interventions invasives qui auraient été appropriées il y a quelques jours (ponction pleurale etc.)
- Objectifs:
 - diminuer la sensation de dyspnée (suffocation)
 - soulager l'anxiété

Mesures non-pharmacologiques

- Modifier l'environnement:
 - environnement calme et aéré
 - augmenter l'humidité ambiante
 - tête de lit relevée ou encore installer au fauteuil
 - limiter les déplacements et activités
 - ambiance relaxante
 - éclairage rassurant
 - musique douce

Traitement pharmacologique

- Les opiacés
 - agents les plus utiles à ce stade
 - contribuent à:
 - diminuer effort respiratoire
 - sédation centrale
 - atténuer réponse ventilatoire centrale
 - diminuent sensibilité à hypoxémie et hypercapnée
 - utilisés pour réduire rythme respiratoire à environ 15-20 / min

- Patient non-exposé aux opiacés (opioïdo-naïf)
 - dose test entre 2,5mg-5mg sc q 4h de morphine ou 0,5- 1mg sc d'Hydromorphone
- Chez le patient exposé aux opiacés
 - souvent nécessaire d'augmenter les doses de 25 à 50% pour obtenir effet désiré

Nébulisation des opiacés

- La plupart des études sont non conclusives quant à impact sur dyspnée
- Ne devrait jamais remplacer opiacés po ou sc.
- Effet potentiel sur récepteurs pulmonaires
 - morphine (2,5mg-20mg dans environ 2,5-4cc salin)
 - fentanyl (12,5- 25 mcg , dans 2,5-4cc salin)
 - bronchospasme potentiel avec morphine
 - administration q4hre

Autres approches

- Les bronchodilatateurs nébulisés peuvent être utiles en présence de bronchospasme
- Les stéroïdes
 - asthme, MPOC
 - syndrome de la veine cave supérieure
 - lymphangite carcinomateuse ou effet de masse des tumeurs solides
 - dexaméthasone 4-16mg /24hrs sc ou iv
- Furosémide si oedème pulmonaire sc ou iv ou nébulisation

Les anxiolytiques

■ Benzodiazépines

- soulagement de l'anxiété liée à la sensation de suffocation
- action myorelaxante
 - lorazepam 0,5-2mg q4-6hres sl ou sc
- midazolam 2,5-5mg q4h sc
 - perfusion continue souvent utile 10mg /24hres en association avec opiacé

■ Neuroleptiques

- si dyspnée sévère et sédation souhaitée
- chlorpromazine ou methotriméprazine

Protocole de détresse

- Chez le mourant dyspnéique
 - important de prévoir exacerbation de la détresse
 - ordonnance est individualisée et doit indiquer clairement
 - dosage de l'opiacé par voie sc
 - dosage de l'anxiolytique par voie sc (mg Midazolam)
 - intervalle minimum d'administration est de 30 minutes

Protocole de détresse; doses suggérées

■ Opiacé

■ Morphine

- | | |
|---------------------------|------------------|
| ■ 0-60mg sc /24hres | 10mg sc |
| ■ 60-180mg sc/24hres | 15mg sc |
| ■ plus de 180mg sc/24hres | 10% dose ad 50mg |

■ Hydromorphone

- | | |
|------------------------|--------------------|
| ■ 0-12mg sc/24hres | 2mg sc |
| ■ 12-36mg sc/24hres | 3mg sc |
| ■ plus de 36mg /24hres | 10% dose ad 8mg sc |

Protocole de détresse; doses suggérées

■ Midazolam

- reçoit benzo prn ou die et poids < 70 kg 5mg sc
- reçoit plus d'une dose par jour et poids > 70kg
 - 10mg sc
- chez les patients recevant déjà des doses élevées de benzodiazépines..... 10-15mg sc en 2 sites.
 - Guide pratique des soins palliatifs 3e édition

L 'oxygène

- O₂ peut diminuer sensation de dyspnée même en l 'absence d 'hypoxie
- Peut-être administrée par lunettes nasales ou par masque au choix du patient
- Controverse sur son utilité mais le patient à ce stade-ci est notre guide
- Limitations:
 - entrave à la communication
 - bruit peut contribuer à l'agitation

Les râles terminaux

- Patient est incapable de déloger sécrétions dans l'oropharynx et la trachée
- Bruits résultent de l'oscillation causée par inspiration/expiration
- Généralement le patient est inconscient et ne sera pas dérangé par le bruit
- Toutefois râles sont source d'anxiété pour les proches qui auront souvent l'impression que le patient << se noie dans ses sécrétions >>

Les râles terminaux

- Si les sécrétions sont déjà accumulées:
 - aspiration procurera un soulagement bref
 - positionnement
- Diminution des sécrétions par un anticholinergique
 - glycopyrrolate 0,3-0,6mg sc q2-4hres
 - scopolamine 0,3-0,8mg sc q2-4hres
 - peut entraîner agitation et confusion
 - réponse paradoxale chez 10% des patients

- Les anticholinergiques sont parfois utilisés chez le patient conscient pour soulager l'embarras respiratoire et sécrétions trachéo-bronchiques
 - **attention aux effets secondaires indésirables**
 - timbre cutané de scopolamine peut être mieux toléré chez ces patients (1.5 mg/ 72hres à ajuster selon réponse).

L'agitation

- Chez environ 40% des malades en phase terminale
- souvent difficile d'en déterminer l'origine exacte
- éliminer facteurs précipitants:
 - constipation, rétention urinaire
 - douleur non contrôlée
 - fièvre ou hypothermie
 - médicaments neurotoxiques

Traitement pharmacologique

- Neuroleptiques pouvant être administrés en fin de vie:
 - Halopéridol moins sédatif , sc,
 - methotriméprazine, sc
 - loxapine, sc
 - olanzépine, sl
- souvent avantageux d'associer une dose de neuroleptique avec une dose de benzodiazépine (ex: Midazolam - Halopéridol) dans les phases aiguës d'agitation

Conclusion

Questions

Merci !