

Guide des pratiques médicales en soins palliatifs

***Programme Lutte contre le cancer
et Soins palliatifs***

Février 2007

Document d'origine :

Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska, Janvier 2003

Révision et mise à jour :

Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville, Février 2007

Avis de non responsabilité

Les auteurs et collaborateurs déclinent toute responsabilité pour toute utilisation inappropriée du contenu de ce guide. Ils déclinent également toute responsabilité pour toute information désuète en raison de nouvelles découvertes dans ce domaine ou toute omission ou erreur dans le texte.

Autorisation de reproduction

Selon vos besoins, nous autorisons toute reproduction complète ou partielle du guide des pratiques médicales en soins palliatifs en citant la source.

Il est permis de reproduire ce document à des fins éducationnelles non commerciales.

Accès au guide

Tout professionnel œuvrant en soins palliatifs peut consulter le Guide des pratiques médicales en soins palliatifs en se rendant sur le site www.palli-science.com

Document d'origine

*Guide des pratiques interdisciplinaires et médicales en soins palliatifs : guide des pratiques médicales en soins palliatifs, **Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska**. Janvier 2003*

Révision et mise à jour par les membres du comité de révision du **Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville**. Février 2007

Docteur André-Didier Barbant

Docteure Suzanne Boyer

Sylvie Dansereau, pharmacienne

Céline De Blois, coordonnatrice pour le programme de soins palliatifs, lutte contre le cancer

Relecture

La révision et mise à jour du volet médical du Guide des pratiques interdisciplinaires en soins palliatifs s'est échelonnée sur une période de 18 mois. Tout au long de ce processus, le document a été soumis à différents intervenants, médecins et pharmaciens en soins palliatifs au Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville.

La relecture finale du document, avant son dépôt à la table de coordination du réseau du programme Lutte contre le cancer et soins palliatifs à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, de même qu'avant sa diffusion au sein des CSSS intéressés et sa parution sur le site Palli-science (www.palli-science.com), a été faite par l'équipe du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska, sans qui ce document n'aurait pas vu le jour. Nous tenons à les en remercier.

Transcription et mise en page

Diane Samoisette, secrétaire

Remerciements

L'élaboration de ce guide témoigne d'un véritable effort concerté du comité de révision qui a débuté en septembre 2005.

Un merci tout spécial aux membres de ce comité pour leur travail assidu et leur rigueur dans les démarches afin de produire un guide selon les derniers standards et appuyés par des documents de référence.

Préambule

Les soins palliatifs doivent être considérés comme une composante essentielle d'un programme de lutte contre le cancer¹ mais, en pratique, ils demeurent toujours difficilement accessibles et sous-financés.

À l'automne 2004, suite à une rencontre organisée avec nos partenaires où étaient présents oncologue, médecins, professionnels, bénévoles et gestionnaires, nous avons convenu d'actions concrètes, prioritaires et réalistes à court terme. Voici le fruit de notre réflexion : définir notre offre de service, revoir notre continuum de soins pour éviter les bris de service et aussi uniformiser nos protocoles de soins dans tous nos établissements pour une meilleure continuité et qualité de soins.

Lors de cette même rencontre, nous avons aussi discuté de l'importance que les soins palliatifs soient intégrés progressivement à toutes les étapes de la maladie lorsqu'il n'y a pas de guérison possible. Les patients traités pour un cancer doivent aussi avoir accès à des interventions cohérentes et efficaces pour la « palliation des symptômes ». Les soins palliatifs ne doivent plus être considérés comme « des soins aux mourants ».²

C'est à partir de l'automne 2005 qu'une équipe expérimentée en soins palliatifs composée de Dre Suzanne Boyer, Dr André-Didier Barbant et Madame Sylvie Dansereau, pharmacienne, a accepté de relever le défi, de faire des recherches pour les meilleures pratiques et partager leur savoir et leurs habiletés afin d'être des agents multiplicateurs.

Nous avons alors identifié le Guide pratique du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska comme le document répondant le mieux à l'objectif visé. Nous tenons à remercier le CSSS de la Haute-Yamaska de nous avoir autorisé à utiliser leur guide comme document de base et de le mettre à jour selon les dernières données. Nous les remercions pour cette grande générosité et pour leur participation à la relecture du guide.

Je suis convaincue que ce guide sera des plus utiles pour toutes les équipes et aura une influence déterminante pour l'amélioration de l'accessibilité à des soins palliatifs dans tous les établissements de notre CSSS afin d'aider la personne atteinte à vivre le plus confortablement possible tout au long de sa maladie.

Merci encore pour tout le temps investi et la collaboration de tous.

Céline De Blois

Coordonnatrice pour le programme de soins palliatifs, lutte contre le cancer du CSSS Haut-Richelieu-Rouville

¹ Stratégie canadienne de lutte contre le cancer selon un rapport ministériel canadien. Janvier. 2002. p.4

² Politique en soins palliatifs de fin de vie. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 2004. p.18-19

Définition des soins palliatifs

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « les soins palliatifs sont l'ensemble des soins actifs et globaux dispensés aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé. L'atténuation de la douleur, des autres symptômes et de tout problème psychologique, social et spirituel devient essentielle au cours de cette période de vie. L'objectif des soins palliatifs est d'obtenir, pour les usagers et leurs proches, la meilleure qualité de vie possible. Les soins palliatifs sont organisés et dispensés grâce aux efforts de collaboration d'une équipe multidisciplinaire incluant l'utilisateur et les proches. La plupart des aspects des soins palliatifs devraient également être offerts plus tôt au cours de la maladie, parallèlement aux traitements actifs ». L'OMS complète sa définition en soulignant que « les soins palliatifs soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort, atténuent la douleur et les autres symptômes, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins, offrent un système de soutien pour permettre aux usagers de vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort »¹.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Politique en soins palliatifs de fin de vie, 2004, p.7.

Introduction au volet médical du guide des pratiques interdisciplinaires en soins palliatifs tel que révisé par le CSSS Haut-Richelieu–Rouville

Le guide des pratiques interdisciplinaires en soins palliatifs du CSSS de la Haute-Yamaska a été, à notre connaissance, le premier guide ayant pour mission d'uniformiser ou de rendre accessible aux professionnels d'une même MRC un guide de pratiques reconnues en soins palliatifs. Les différents volets couverts par ce guide constituent une source d'informations précieuses pour tout intervenant en soins palliatifs ou pour tout professionnel ayant dans sa clientèle des patients au stade palliatif de leur maladie.

En permettant la reproduction du guide pour fins éducationnelles et non commerciales, l'équipe du CSSS de la Haute-Yamaska a fait preuve d'un souci et d'une conscience sociale permettant à l'ensemble des patients souffrant d'une maladie incurable et terminale de bénéficier de soins appropriés à leur condition. Nous leur en sommes reconnaissants.

C'est avec l'accord de l'équipe de rédaction du CSSS de la Haute-Yamaska que nous avons entrepris la révision et la mise à jour du volet médical du guide des pratiques interdisciplinaires en soins palliatifs.

Le travail de révision s'est fait en gardant constamment en tête le souci du respect de l'essence du guide original; de l'accessibilité à tous les intervenants en soins palliatifs; d'éviter d'en faire un guide destiné aux initiés; de favoriser la diffusion, la compréhension et l'uniformisation des pratiques de base en soins palliatifs; de sensibiliser la communauté médicale à l'importance de mettre en commun nos connaissances; de garder une ouverture d'esprit envers la consultation de nos collègues.

Le volet médical du guide n'a pas pour objectif de remplacer les autres guides existants, mais bien d'être un complément et un moyen de communication et de compréhension entre les médecins et les autres professionnels oeuvrant en soins palliatifs. Ce guide a, entre autres, comme objectif d'assurer la continuité des soins entre les différents milieux de pratique.

Cette révision du guide comporte des chapitres complètement réécrits ou refondus. La mise en forme a été révisée afin de faciliter les mises à jour ultérieures et permettre leur diffusion plus rapidement. De plus, un guide abrégé regroupant les principaux algorithmes, figures et tableaux retrouvés dans le guide de même que des approches de traitements pour certains problèmes rencontrés en soins palliatifs a été ajouté. L'objectif est de faciliter la consultation du guide et d'avoir rapidement à portée de la main des informations utiles au chevet du patient.

En terminant, nous tenons à remercier Madame Diane Samoisette, secrétaire au CSSS Haut-Richelieu–Rouville, site CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts, pour son excellent travail.

André-Didier Barbant, médecin

Membre du comité de révision du CSSS Haut-Richelieu–Rouville

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 DOULEUR

Définition de la douleur	CH 1, 1
Généralités	CH 1, 1
Principes de base	CH 1, 5
Évaluation de la douleur	CH 1, 6
Utilisation des opioïdes	CH 1, 8
Surdosage aux opioïdes et nalaxone	CH 1, 10
Administration des opioïdes en milieu hospitalier et surveillance	CH 1, 10
Utilisation transdermique des opioïdes à base de fentanyl	CH 1, 16
Indications possibles et/ou avantages	CH 1, 16
Principes généraux	CH 1, 16
Utilisation des timbres	CH 1, 17-18

CHAPITRE 2 SOINS DE BOUCHE

Principes généraux	CH 2, 1
Étapes à suivre	CH 2, 1
Conseils pour augmenter le confort	CH 2, 1
Approche thérapeutique	CH 2, 2 à 5

CHAPITRE 3 NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

Généralités	CH 3, 1
Principes généraux	CH 3, 1
Étiologie	CH 3, 2-3
Approche thérapeutique	CH 3, 4

CHAPITRE 4 CONSTIPATION CHEZ LE PATIENT RECEVANT DES OPIOÏDES

Définition	CH 4, 1
Objectif	CH 4, 1
Causes	CH 4, 1
Symptômes	CH 4, 1
Approche clinique	CH 4, 2
Interventions pour prévenir et traiter la constipation	CH 4, 3
Conseils de prévention de la constipation	CH 4, 4-5
Guide pharmacologique de prévention et traitement de la constipation	CH 4, 6 à 9
Ordonnances pharmacologiques	CH 4, 10
Feuille de route Prévention et traitement de la constipation	CH 4, 11

CHAPITRE 5 DIARRHÉE

Définition	CH 5, 1
Symptômes accompagnateurs	CH 5, 1
Causes les plus fréquentes en soins palliatifs	CH 5, 1
Objectif	CH 5, 2
Approche thérapeutique	CH 5, 2

CHAPITRE 6 OCCLUSION INTESTINALE

Définition	CH 6, 1
Objectif de traitement	CH 6, 1
Causes d'occlusion	CH 6, 1
Causes de pseudo-occlusion	CH 6, 1
Toucher rectal	CH 6, 1
Approche thérapeutique – occlusion intestinale	CH 6, 3

CHAPITRE 7 ASCITE

Définition	CH 7, 1
Causes	CH 7, 1
Symptômes	CH 7, 1
Objectif	CH 7, 1
Approche thérapeutique	CH 7, 2

CHAPITRE 8 HOQUET

Définition	CH 8, 1
Causes	CH 8, 1
Approche thérapeutique	CH 8, 2

CHAPITRE 9 DYSPNÉE

Définition	CH 9, 1
Étiologie	CH 9, 1
Principes généraux	CH 9, 2
Approche thérapeutique	CH 9, 2

CHAPITRE 10 PROTOCOLE D'URGENCE EN SOINS PALLIATIFS

Informations générales.....	CH 10, 1
Pré-requis	CH 10, 1
Principes de base	CH 10, 2
Informations pharmacologiques	CH 10, 3
Les benzodiazépines	CH 10, 3
Les opioïdes	CH 10, 4
Les anticholinergiques	CH 10, 4-5
Composition du protocole	CH 10, 8
Protocole d'urgence – ordonnance médicale	CH 10, 9
Guide de prescription	CH 10, 10
Fréquence d'administration	CH 10, 10
Particularités	CH 10, 10-11
Protocole d'urgence : feuille de route	CH 10, 12
Soins post protocole	CH 10, 12

CHAPITRE 11 DÉSHYDRATATION

Définition	CH 11, 1
Principes généraux	CH 11, 1
Approche thérapeutique	CH 11, 2

CHAPITRE 12 ANOREXIE ET CACHEXIE

Définition	CH 12, 1
Principes généraux	CH 12, 1
Étiologie	CH 12, 1
Approche thérapeutique	CH 12, 1-2

CHAPITRE 13 ANXIÉTÉ

Définition	CH 13, 1
Principes généraux	CH 13, 1
Causes de l'anxiété	CH 13, 1
Approche thérapeutique	CH 13, 2-3

CHAPITRE 14 DÉLIRIUM

Définition	CH 14, 1
Symptômes psychologiques	CH 14, 1
Symptômes physiques	CH 14, 1
Causes réversibles du délirium	CH 14, 1
Approche thérapeutique	CH 14, 3

CHAPITRE 15 MÉTASTASES OSSEUSES

Principes généraux	CH 15, 1
Approche thérapeutique	CH 15, 1-2

CHAPITRE 16 HYPERCALCÉMIE

Définition	CH 16, 1
Généralités et incidence	CH 16, 1
Symptômes	CH 16, 2
Approche thérapeutique	CH 16, 3 à 5

CHAPITRE 17 DOULEURS NEUROPATHIQUES

Classification des douleurs	CH 17, 1
Principes généraux	CH 17, 1 à 3
Approche thérapeutique	CH 17, 4

CHAPITRE 18 MÉTASTASES CÉRÉBRALES

Principes généraux	CH 18, 1
Présentation clinique	CH 18, 1
Approche thérapeutique	CH 18, 1

CHAPITRE 19 COMPRESSION MÉDULLAIRE

Définition	CH 19, 1
Principes généraux	CH 19, 1
Diagnostic	CH 19, 1
Approche thérapeutique	CH 19, 2

CHAPITRE 20 MYOCLONIES

Définition	CH 20, 1
Étiologie	CH 20, 1
Approche thérapeutique	CH 20, 1

CHAPITRE 21 SYNDROME DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE

Définition	CH 21, 1
Présentation clinique	CH 21, 1
Examen physique	CH 21, 1
Étiologie	CH 21, 1
Imagerie	CH 21, 1
Approche thérapeutique	CH 21, 2

CHAPITRE 22 PRURIT

Définition	CH 22, 1
Étiologie	CH 22, 1
Approche thérapeutique	CH 22, 1

CHAPITRE 23 SOINS DES PLAIES

Principes généraux	CH 23, 1
Traitement des plaies selon le stade	CH 23, 2
Traitement des plaies selon la condition associée	CH 23, 3

GUIDE ABRÉGÉ

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

***** ** * ALGORITHMES * ** *****

1.1	Étapes de la puissance analgésique.....	CH 1, 7
2.1	Halitose - Saignement - Agueusie, goût bizarre	CH 2, 2
2.2	Croûtes - dépôts	CH 2, 3
2.3	Infection fongique	CH 2, 4
2.4	Stomatites et ulcérations	CH 2, 5
3.1	Nausées et vomissements	CH 3, 4
4.1	Constipation établie et fécalome	CH 4, 9
7.1	Ascite	CH 7, 2
8.1	Hoquet	CH 8, 2
9.1	Approches pharmacologiques de la dyspnée	CH 9, 3
11.1	Déshydratation	CH 11, 4
15.1	Douleurs osseuses ou métastases osseuses	CH 15, 3
22.1	Prurit	CH 22, 2

***** ** * FIGURES * ** *****

1.1	Douleur totale : facteurs qui modifient la perception de la douleur par le patient.....	CH 1, 2
1.2	Douleur totale : interventions et principes d'évaluation	CH 1, 3
1.3	Utilisation de la voie sous-cutanée	CH 1, 12
1.4	Régions d'application des timbres de fentanyl transdermiques	CH 1, 18

***** ** * TABLEAUX * ** *****

1.1	Sommaire des types de douleur et de leurs caractéristiques	CH 1, 1
1.2	Causes de la douleur chez les malades atteints de cancer	CH 1, 4
1.3	Calcul de l'entredose d'opioïde	CH 1, 13
1.4	Progression des doses	CH 1, 13
1.5	Doses équianalgésiques des opioïdes.....	CH 1, 14
1.5.1	Opioïdes : équivalences	CH 1, 15
1.5.2	Micro-compendium des opioïdes disponibles	CH 1, 15
1.6	Méthode de passage de la voie orale ou sous-cutanée à la voie transdermique et vice-versa	CH 1, 19
3.1	Origine des nausées et vomissements	CH 3, 3
4.1	Guide pharmacologique de prévention et traitement de la constipation	CH 4, 6 à 8
6.1	Signes et symptômes selon les niveaux d'occlusion	CH 6, 2
6.2	Médicaments utiles dans les situations de gastroparésie, de dysmotilité intestinale, de subocclusion évoluant vers une occlusion	CH 6, 4
9.1	Étiologie de la dyspnée	CH 9, 1
10.1	Présentation et stabilité en seringues des médicaments utilisés dans le protocole d'urgence	CH 10, 6
10.2	Compatibilité et stabilité en seringues des médicaments utilisés dans le protocole d'urgence	CH 10, 7
11.1	Hypodermoclyse	CH 11, 3
13.1	Benzodiazépines utilisées dans l'anxiété	CH 13, 4
13.2	Neuroleptiques utilisés comme adjuvants dans l'anxiété	CH 13, 4
14.1	Causes possibles du délirium en soins palliatifs	CH 14, 2
14.2	Synthèse des traitements pharmacologiques du délirium	CH 14, 4
16.1	Manifestations cliniques d'hypercalcémie.....	CH 16, 2
17.1	Questionnaire DN4	CH 17, 2
23.1	Traitement des plaies selon le stade	CH 23, 2
23.2	Traitement des plaies selon la condition associée	CH 23, 3

***** ** * FORMULAIRES * ** *****

Application du timbre de fentanyl
pages **CH 1, 17** et **CH 1, 18**

Soins de bouche – conseils pour augmenter le confort
page **CH 2, 1**

Conseils de prévention de la constipation
pages **CH 4, 4** et **CH 4, 5**

Guide pharmacologique de prévention et traitement de la constipation
page **CH 4, 8**

Ordonnances pharmacologiques
CH 4, 10

Feuille de route Prévention et traitement de la constipation
CH 4, 11, et CH 4,12

Protocole d'urgence – ordonnance médicale
page **CH 10, 9**

Formulaire de non-réanimation soins palliatifs

Douleur

Définition de la douleur

La douleur se définit comme une sensation et une émotion désagréables associées à des lésions tissulaires présentes ou potentielles. Il s'agit d'une expérience subjective et personnelle.

À des fins cliniques, les douleurs se classifient :

- ◆ **Douleurs nociceptives** : celles-ci résultent de la stimulation de récepteurs nociceptifs au niveau des tissus. Elles peuvent être somatiques (os, muscle, articulation) ou viscérales (organes nobles).
- ◆ **Douleurs neuropathiques** : celles-ci résultent de la compression et/ou de la destruction des fibres nerveuses nociceptives (cf chapitre 17).

Tableau 1.1
Sommaire des types de douleur et de leurs caractéristiques

	Nociceptive somatique	Nociceptive viscérale	Neuropathique
Caractéristiques cliniques	- Localisée, irradiation possible si origine osseuse - Constante, profonde, douleur sourde - Augmentée par la mobilisation, la pression	- Moins bien circonscrite - Irradie souvent aux dermatomes embryologiques correspondants - Constante, profonde, parfois crampiforme	- Constante ou intermittente, parfois paroxystique - Sensation de ne pas avoir de position - Brûlure, élancement, choc électrique, coup de poignard - Irradiation le long des trajets nerveux

Généralités

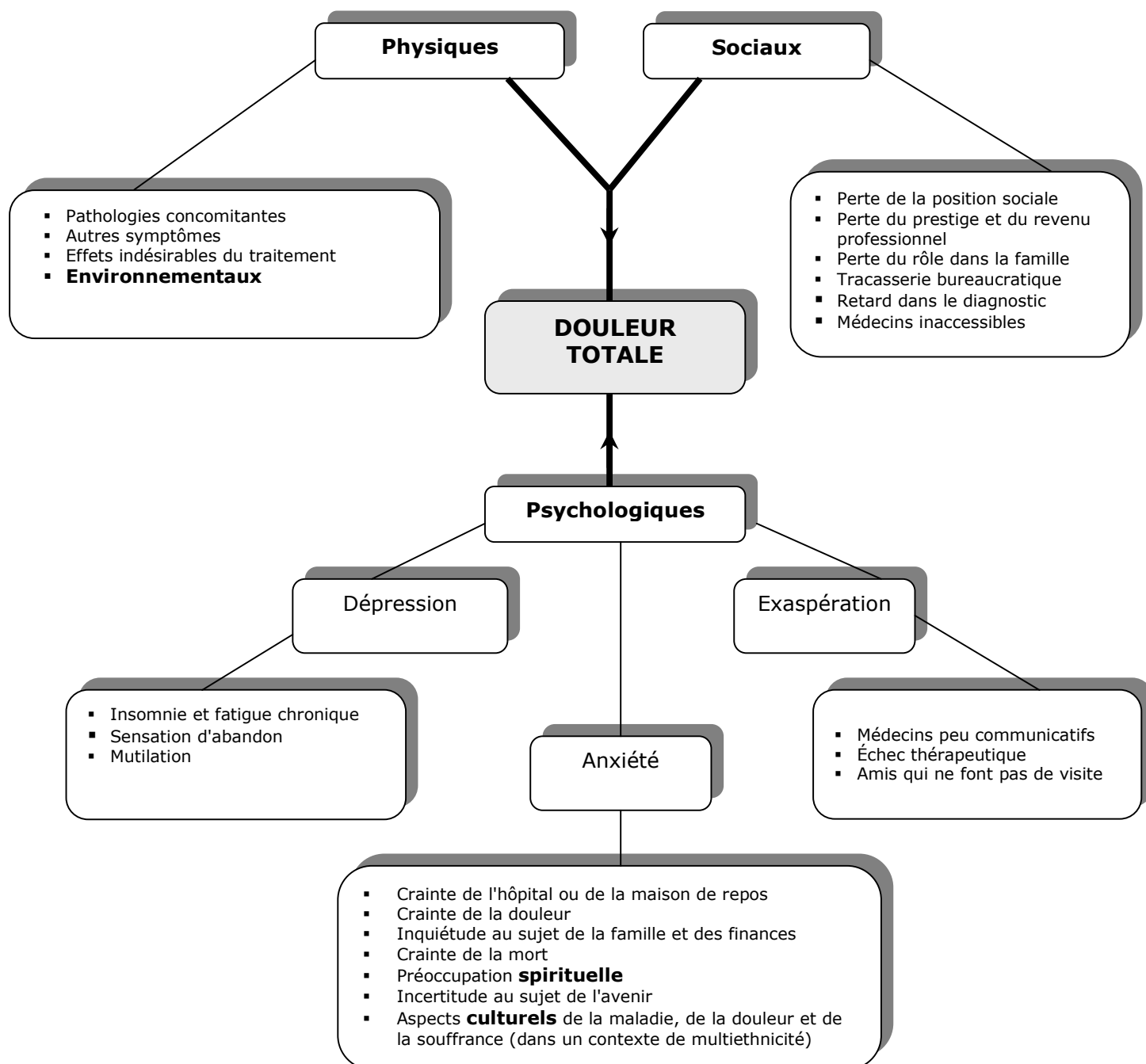
- ◆ À l'échelle mondiale, environ 80% des patients qui décèdent chaque année des suites d'un cancer sont aux prises avec des douleurs non contrôlées.¹
- ◆ 60-90% des patients cancéreux présenteront des douleurs significatives. Avec un traitement approprié, 90% de ces douleurs pourront être bien contrôlées.¹
- ◆ Aux symptômes physiques se grefferont des facteurs sociaux, psychologiques, spirituels et culturels qui interagiront entre eux. L'approche clinique doit tenir compte de la douleur dans sa globalité, d'où le concept de douleur totale (figures 1.1 et 1.2).
- ◆ Les causes de la douleur peuvent être multiples (tableau 1.2).
- ◆ La plupart des patients présenteront plus d'un type de douleur, chaque douleur mérite une approche spécifique et ciblée.

¹ Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.11

Figure 1.1

DOULEUR TOTALE : FACTEURS QUI MODIFIENT LA PERCEPTION DE LA DOULEUR PAR LE PATIENT

Le concept de douleur totale réfère à la présence de douleurs significatives intriquées et présentes simultanément dans chacune des sphères.



Adapté de l'Organisation mondiale de la santé. Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs. Genève, Organisation mondiale de la santé. 1990:84p.

Figure 1.2

DOULEUR TOTALE : INTERVENTIONS ET PRINCIPES D'ÉVALUATION

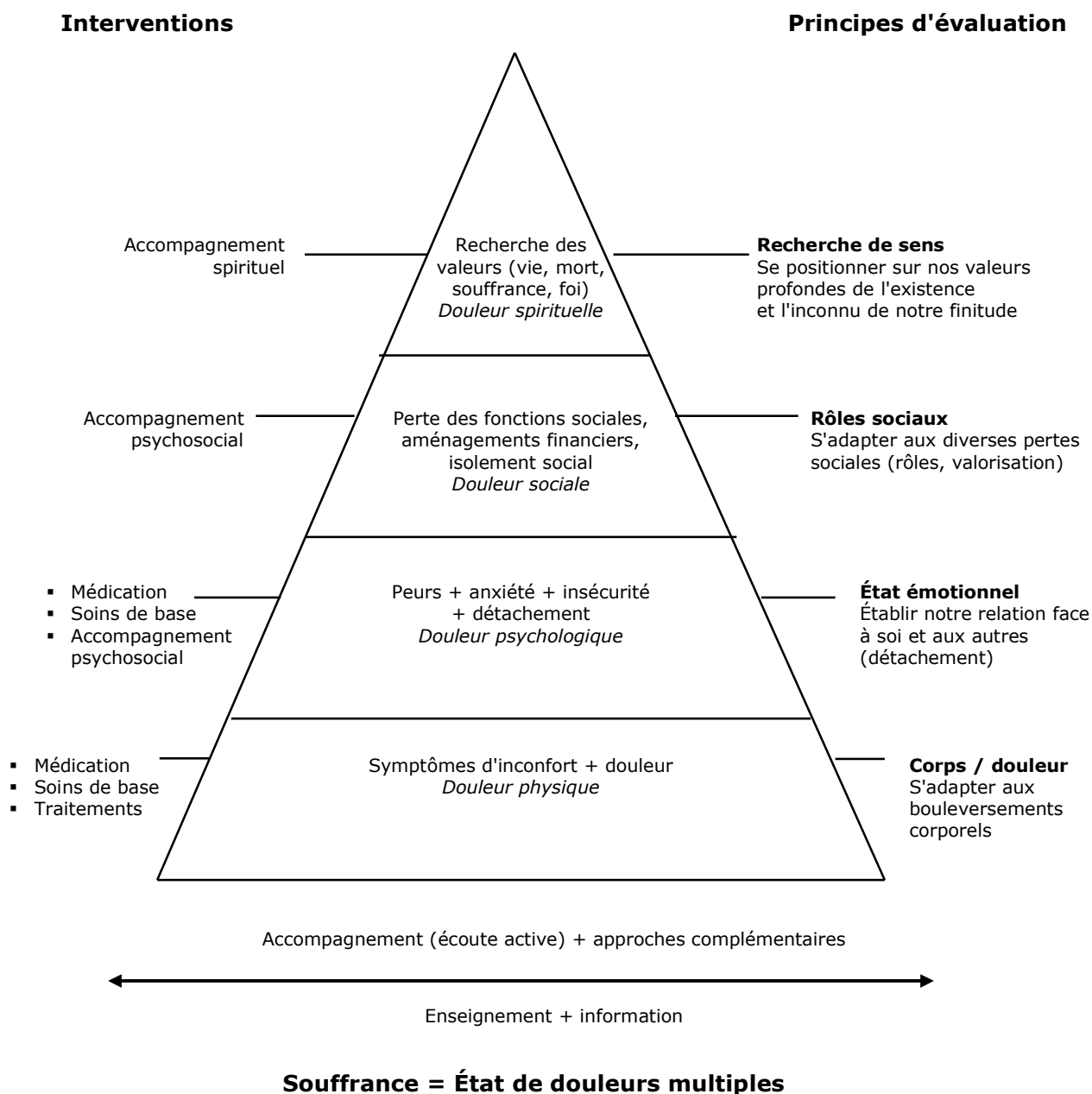


Tableau 1.2

Causes de la douleur chez les malades atteints de cancer
Causées par le cancer (70%) ▪ Infiltration osseuse +/- spasmes musculaires ▪ Compression ou infiltration d'un nerf ▪ Atteinte viscérale directe ou indirecte par compression ▪ Infiltration des tissus mous ▪ Ulcération +/- infection ▪ Élévation de la pression intracrânienne ▪ Douleur d'origine sympathique
Liées au traitement (10%) ▪ Constipation ▪ Douleurs post opératoires aiguës ▪ Névralgies post opératoires ▪ Douleurs des membres fantômes ▪ Inflammation ou fibrose postradique ▪ Myélopathie post radiothérapie ▪ Névralgie post chimiothérapie ▪ Nécrose osseuse
Liées au cancer (10%) ▪ Spasmes musculaires ▪ Constipation ▪ Escarres ▪ Lymphoedème ▪ Candidose ▪ Névralgie herpétique ▪ Thrombose des veines profondes ▪ Embolie pulmonaire
Non liées au cancer (10%) ▪ Musculosquelettique ▪ Céphalée ▪ Constipation ▪ Arthrite ▪ Cardiovasculaire ▪ Gastropathie

Principes de base

- ◆ Toujours garder à l'esprit le concept de douleur totale.
- ◆ Les signes extérieurs de la douleur sont souvent absents.
- ◆ Le patient seul peut juger de l'intensité de sa douleur.
- ◆ Bien que subjective, **la douleur se prête à une analyse structurée** :
 - localisation, irradiation
 - intensité selon une échelle visuelle analogique ou colorimétrique
 - début, durée, horaire
 - facteurs déclenchants
 - facteurs d'aggravation ou de soulagement
 - examen physique
 - bilan paraclinique.
- ◆ La page 3 résume une démarche simple d'évaluation de la douleur.
- ◆ Éviter les délais dans l'amorce d'un traitement.
- ◆ Éduquer le patient, la famille et le personnel soignant et les faire participer aux plans de traitement.
- ◆ Toujours considérer l'ajout d'un traitement adjuvant (cf chapitre 15 – douleurs osseuses, et chapitre 17 – douleurs neuropathiques).
- ◆ Administration régulière d'une analgésie adaptée à la condition du patient (doses régulières + prn). Cf tableaux 1.3 – 1.4 – 1.5
- ◆ Réévaluer régulièrement le patient.
- ◆ Traiter agressivement les autres symptômes. L'anxiété peut avoir une influence significative sur la perception de la douleur.
- ◆ Ne jamais hésiter à rechercher de l'aide.
- ◆ Les objectifs de soulagement sont de trois niveaux :
 - niveau 1 pas de douleur la nuit
 - niveau 2 pas de douleur le jour
 - niveau 3 pas de douleur à la mobilisation.
- ◆ Toujours prescrire un laxatif si prise d'opioïde (cf chapitre 4).
- ◆ On peut utiliser l'échelle de l'OMS pour le choix de la médication analgésique (cf algorithme 1.1).

Évaluation de la douleur

L'échelle visuelle analogique (de 0-10) sera utile pour objectiver et conscientiser le patient à sa douleur. Le faciès exprimera souvent le vécu douloureux du patient. Il est important de distinguer la douleur aiguë de la douleur chronique. Se rappeler que le patient présentant des douleurs chroniques aura tendance à se dire entièrement soulagé malgré des malaises persistants.

Échelle visuelle analogique d'évaluation de l'intensité de la douleur

0	2	4	6	8	10
Pas de douleur	Légère	Gênante	Pénible	Sévère	Insupportable



Évaluation de la douleur en 9 étapes

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| 1. Localisation | ⇒ | les points douloureux et l'irradiation |
| 2. Intensité | ⇒ | selon l'échelle visuelle analogique de 0-10 |
| 3. Qualité (voir types de douleur) | ⇒ | description de la douleur par le patient |
| 4. Chronologie/durée | ⇒ | début de cette douleur, constance, durée |
| 5. Facteur d'aggravation | ⇒ | ↑ la douleur : mobilisation, posture |
| 6. Facteur de soulagement | ⇒ | ↓ la douleur |
| 7. Conséquences sur les AVQ | ⇒ | impact sur la qualité de vie (ex.: insomnie) |
| 8. Histoire médicamenteuse | ⇒ | posologie antérieure, efficacité |
| 9. Expériences antérieures | ⇒ | relation face à la douleur (anticipation, confiance, etc.) |

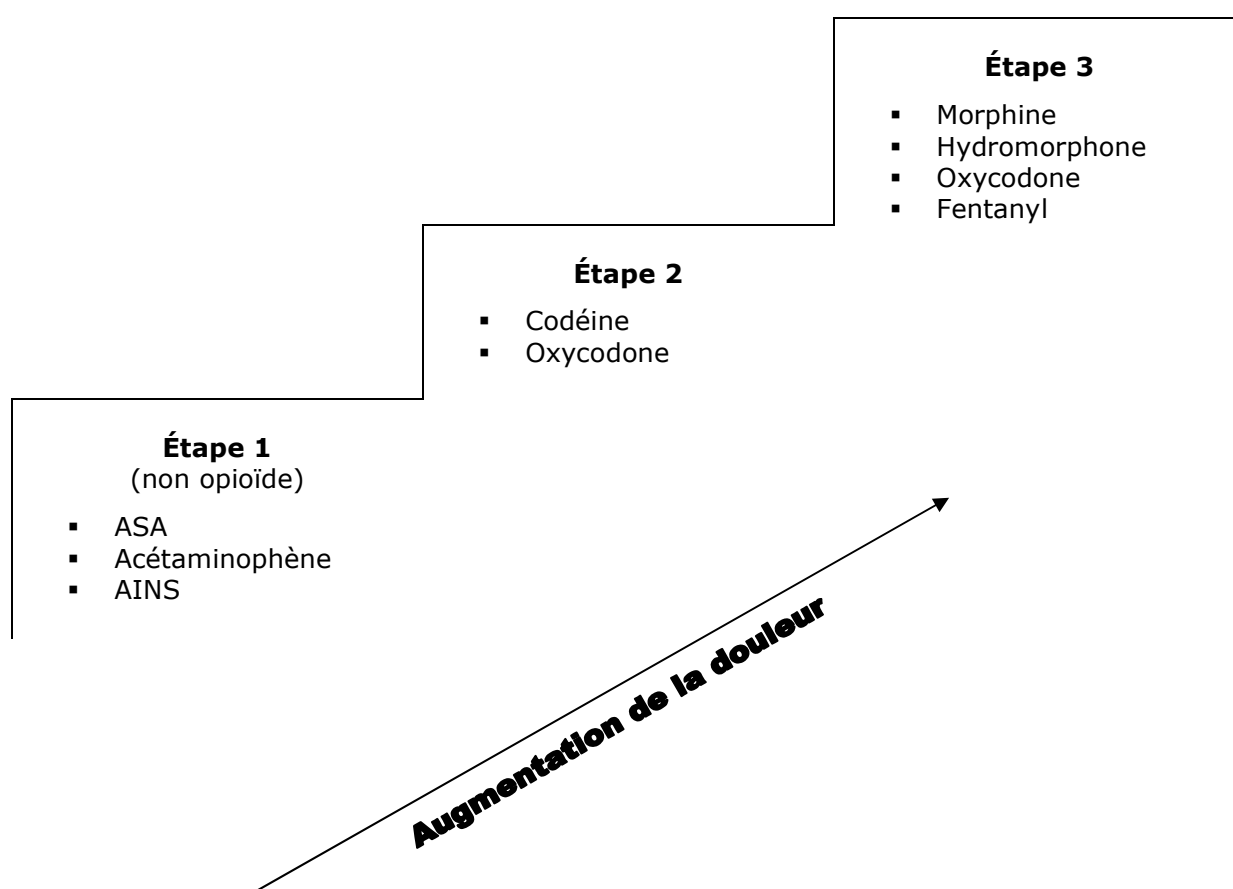
Évaluation Cliches

Aide mémoire pour une évaluation complète.

Évaluation de la douleur	
C	Causes de la douleur
L	Localisation
I	Intensité
C	Caractère
H	Horaire
E	Exacerbation
S	Soulagement

La **réévaluation** selon le modèle Cliches permettra de mieux cerner l'impact de la thérapeutique.

Algorithme 1.1
Étapes de la puissance analgésique



Adaptation de l'échelle de l'OSM sur le traitement de la douleur, Genève 1996

Utilisation des opioïdes

- ◆ Toujours choisir un analgésique approprié selon :
 - le type de douleur
 - nociceptive (somatique ou viscérale); répond généralement bien aux opioïdes, coanalgésie selon la cause
 - neuropathique; répond moins bien aux opioïdes, il faut associer une coanalgésie
 - l'intensité de la douleur.
- ◆ Si nous choisissons un opioïde, il faut connaître la pharmacologie de celui-ci.
- ◆ Idéalement, tout clinicien appelé à traiter un patient souffrant devrait se familiariser avec la pharmacologie d'au moins deux opioïdes. Les plus utilisés dans le traitement de la douleur sont la morphine et l'hydromorphone.
- ◆ La **morphine** est l'**opioïde de référence** et demeure le premier choix. L'**hydromorphone** est **cinq fois plus puissante** que la morphine.
- ◆ **Le rapport entre la voie orale et la voie sous-cutanée est de 2:1 pour la morphine et l'hydromorphone.** Les doses équianalgésiques apparaissent aux tableaux 1.5 et 1.5.1
- ◆ Le rapport entre la voie intraveineuse, intramusculaire et sous-cutanée est de 1:1 pour la morphine et l'hydromorphone; la principale différence entre ses voies d'administration est le délai d'action. La voie intraveineuse permet un titrage plus rapide, elle est toutefois très peu utilisée en soins palliatifs. La voie intramusculaire doit être évitée tant à l'urgence qu'en soins palliatifs, l'absorption pouvant être erratique et l'injection étant douloureuse.
- ◆ **Favoriser la voie per os;** elle est tout aussi efficace.
- ◆ Prescrire l'opioïde de base à un intervalle régulier :
 - Courte action – libération rapide : q 4 h
 - Longue action – libération contrôlée : q 12 h/q 24 h (Kadian)
 - Timbres transdermiques : q 72h
- ◆ **En sous-cutané** intermittent, l'**intervalle** est le **même** que pour le **courte action per os**.
- ◆ Titrer la dose d'opioïdes en utilisant les formulations à courte action avant de passer aux formulations à libération prolongée (longue action).
- ◆ Afin de soulager le patient de façon optimale et de titrer la dose régulière d'opioïde, il faudra toujours prévoir des entre-doses (ED). **Lorsque plus de 3 ED sont nécessaires par 24 heures**, il faudra songer à ajuster la dose régulière. Cet ajustement se fait en additionnant les doses régulières et les ED reçues dans les dernières 24 heures et en divisant ce total par 6 pour les opioïdes à courte action, et par 2 pour les opioïdes à longue action (sauf pour le Kadian qui sera administré en une dose). **Seront exclues** du calcul les ED reçues en pré-mobilisation ou en pré-traitement.

- ◆ Toujours prévoir l'ED en utilisant une formulation à courte action en PRN, la molécule utilisée sera la même que celle utilisée pour la dose régulière **sauf pour le fentanyl**, nous utiliserons alors en premier choix la morphine ou l'hydromorphone.

- p.o. = q 60 min PRN
- s.c. = q 20 à 30 min PRN

N.B. : À domicile, cet intervalle pourra être plus sécuritaire

- p.o. = q 2-3 heures
- s.c. = q 1-2 heures

tout en avisant le patient et les aidants naturels d'aviser l'infirmière ou le médecin si ≥ 3 ED sont nécessaires dans un court intervalle (2-4 heures).

- ◆ En général, l'ED équivaut à 30 à 50% de la dose régulière administrée aux 4 heures. Si la dose régulière est faible (1mg de morphine ou 0,2mg d'hydromorphone), on pourra prescrire une ED équivalente à la dose régulière.
- ◆ En présence de vomissements, la médication pourra être répétée si ceux-ci surviennent dans les 30 minutes suivant l'administration. Il faudra prévoir une équivalence en sous-cutané tant que les nausées et vomissements ne seront pas contrôlés.
- ◆ Lorsque l'analgésie est administrée par voie sous-cutanée, il faut s'assurer que le site d'injection est adéquat et perméable; au besoin et dans le doute, l'ED pourra être administrée à un autre site.
- ◆ Pour les douleurs de mobilisation et les douleurs reliées aux traitements (ex. changement de pansements), on pourra administrer une ED :
 - p.o. : 1 heure avant la mobilisation ou le traitement
 - s.c. : 30 minutes avant la mobilisation ou le traitement
- ◆ La figure 1.3 résume les indications et les régions à utiliser pour la voie sous-cutanée.
- ◆ Certaines conditions cliniques nécessitent une perfusion sous-cutanée continue (P.S.C.C.). Les démarches à suivre sont :
 - calculer la dose totale d'opioïde reçu par 24 heures en excluant les ED pré-mobilisation et pré-traitement
 - choisir une seule molécule pour la P.S.C.C. (morphine ou hydromorphone)
 - faire la conversion de tous les opioïdes reçus en équivalent sous-cutané (sous-cutané = $\frac{\text{p.o.}}{2}$) de la molécule choisie pour la P.S.C.C.
 - au besoin, diminuer la dose finale de 25-30% (re : la tolérance aux opioïdes n'est pas parfaitement croisée et l'absorption per os peut présenter des variations inter-individuelles)
 - instaurer la P.S.C.C. en prescrivant la dose horaire (mg/heure) à administrer
 - les ED seront généralement équivalentes à la dose horaire avec un intervalle de 30-60 minutes.

- ◆ Les tableaux 1.3 et 1.4 indiquent le calcul des ED et la progression des doses d'opioïdes recommandées. Chez **le patient âgé et/ou débilité**, des doses de départ moindres peuvent être suffisantes. Ces patients sont plus susceptibles de présenter des effets indésirables.
- ◆ Le tableau 1.4 réfère aussi à la progression des doses pour les opioïdes longue action ou à libération prolongée. Le principe de base à respecter ici est d'augmenter leur posologie en calculant le nombre d'ED nécessaires pour soulager le patient dans les 48 à 72 dernières heures.
- ◆ **Les préparations à formulation retard ou longue action** de même que les **timbres transdermiques** ne devraient être utilisés que pour les douleurs sub-aiguës ou chroniques et leur introduction devrait se faire une fois les doses stables d'opioïdes à courte action atteintes. **Ils ne sont pas indiqués pour le contrôle des douleurs aiguës.**
- ◆ Lors d'un **changement d'opioïde**, il faut déterminer la dose équianalgésique pour le nouvel opioïde. Si le patient était bien soulagé avec l'opioïde antérieur, il faut **diminuer la dose du nouvel agent d'environ 30% et ajuster les doses subséquentes** en fonction du nombre d'ED requises pour soulager le patient. Les ajustements posologiques pourront se faire environ aux 24 heures.
- ◆ **En cas de doute** quant à l'utilisation des opioïdes, à l'augmentation des doses, au changement d'opioïde et à la voie d'administration, **il ne faut pas hésiter à demander l'avis d'un collègue.**

Surdosage aux opioïdes et naloxone

- ◆ Très rarement, en soins palliatifs, aurons-nous besoin d'utiliser de la **naloxone** afin de traiter un **surdosage**. La **stimulation continue** est la première mesure à instaurer. Si la naloxone est utilisée, nous favoriserons de très petites doses par voie sous-cutanée, soit 0,1mg s.c. q 5 à 15 minutes, tout en surveillant la réaction du patient et en étant sensible à l'apparition d'un syndrome de sevrage.

Administration des opioïdes en milieu hospitalier et surveillance

- ◆ Les patients en soins palliatifs, qu'ils soient naïfs ou non aux opioïdes et qu'ils soient sous traitement par des opioïdes ou non pour des douleurs chroniques cancéreuses, peuvent **se présenter à l'urgence aux prises avec des douleurs aiguës**. Dans ces situations, à moins d'indications particulières, ils devraient faire l'objet de la même évaluation et de la même surveillance que tous les patients se présentant à l'urgence pour des douleurs aiguës.

- Le Collège des médecins du Québec a d'ailleurs fait parvenir à tous les médecins du Québec, en mars 2006, le document *L'analgésie à l'urgence, Lignes directrices du Collège des médecins du Québec*.¹ De même, suite à la survenue de 19 cas de décès reliés à l'usage d'opioïdes en établissement entre 1995 et 2006, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux a mandaté un "Groupe de travail sur l'analyse de situations de décès reliés à l'utilisation d'analgésiques opiacés" afin de réviser les cas de décès et d'émettre des recommandations sur "l'utilisation des opiacés en milieu hospitalier". Nous vous référons à ces documents afin d'établir dans vos établissements respectifs les mesures appropriées.
- L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a, de même, fait parvenir aux infirmières et infirmiers du Québec en 2004 un avis sur la surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC) suivi d'une MISE AU POINT en mars 2005. Nous pouvons aussi nous référer à ces documents au besoin.
- ◆ Pour les patients atteints de cancer, sous **médication analgésique stable, se présentant à l'urgence** ou étant hospitalisés pour des **causes non reliées à leur douleur cancéreuse**, l'application d'un protocole de surveillance de l'analgésie sera principalement instaurée s'il y a, dans un contexte de soins aigus :
 - apparition de douleurs aiguës
 - ajout de dépresseurs du système nerveux central
 - intoxication médicamenteuse
 - perturbations métaboliques significatives (ex.: insuffisance rénale, hépatique, défaillance cardiaque) pouvant altérer la pharmacocinétique des opioïdes et des autres médicaments pouvant causer une dépression du système nerveux central
 - ajout de co-analgésie
 - interactions médicamenteuses pouvant résulter en une hausse des effets dépresseurs du système nerveux central
 - toute autre condition clinique jugée utile par le clinicien (ex.: ACV, encéphalopathie, etc.).
- ◆ Pour les patients atteints de cancer ou de toute autre pathologie terminale, sous médication analgésique stable, se présentant à l'urgence ou étant hospitalisés en phase terminale de leur maladie, le traitement de toute détérioration devra se faire selon les règles de l'art afin d'assurer au patient une fin de vie dans la dignité.

¹ Communiqué du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Direction des communications. «Les établissements de santé adopteront des protocoles assurant l'utilisation optimale des opiacés». Juillet 2006.

Figure 1.3

Utilisation de la voie sous-cutanée

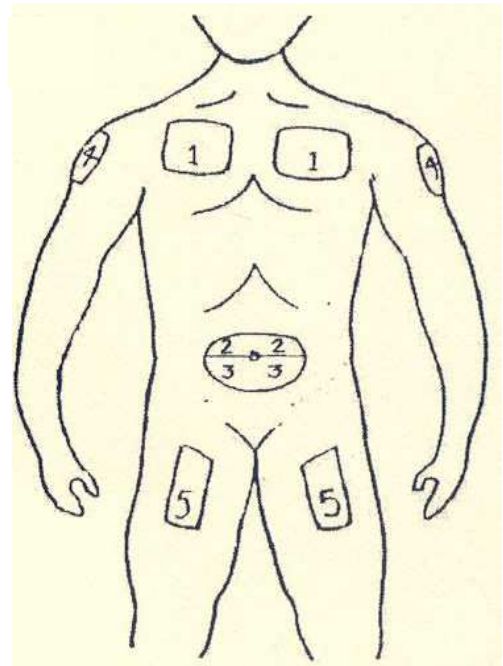
Régions à privilégier

Indications :

- Dysphagie, sub-occlusion et occlusion intestinale
- Nausée, vomissement
- Faiblesse
- Altération de la conscience
- Non soulagement par voie orale ou transdermique après réévaluation clinique complète

Régions à éviter :

- Région oedémateuse
- Région cicatricielle
- Région de la cuisse
- Région ayant subi :
 - . dissection ganglionnaire
 - . radiothérapie
 - . région pouvant subir une compression ou une friction



**L'absorption est optimale dans la région «1»
et décroît vers la région «5»**

Tableau 1.3

Calcul de l'entredose d'opioïde
Entredose $\cong$ 50% de la dose régulière reçue aux 4 heures ou 10% de la dose quotidienne

Tableau 1.4

Progression des doses
Morphine à libération rapide (q 4 heures) - Voie orale : 5 – 10 – 15 – 20 – 25 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Au-dessus de 100 mg $\Rightarrow$ progression par palier de 20 à 30 mg. Ajuster la posologie aux 16 à 24 heures. Un maximum de 2 augmentations de dose par jour est recommandé, totalisant 50 à 100% de la dose précédente. - Voie parentérale : 2,5 – 5 – 7,5 – 10 – 12,5 – 15 – 20 – 25 – 30 – 35 – 40 – 45 – 50 Au-dessus de 50 mg $\Rightarrow$ progression par palier de 10 à 15 mg
Morphine à libération contrôlée ou longue action - Calculer la dose quotidienne totale et la diviser par 2 (q 12 heures). Le premier comprimé peut être administré après la dernière dose de morphine à libération rapide. Ajuster les doses aux 48 heures. Si la douleur est présente à la fin de l'intervalle, il est temps d'augmenter la dose et non de raccourcir l'intervalle. 10 – 15 – 30 – 45 – 60 – 90 – 120 – 150 – 180 – 200 Au-dessus de 200 mg $\Rightarrow$ progression par palier de 30 à 60 mg. Dans certaines situations, on pourra donner la morphine longue action aux 8 heures. Il s'agit de patients pour lesquels on note une incidence anormalement élevée d'effets indésirables en début d'intervalle, associée à un mauvais soulagement en fin d'intervalle, malgré l'augmentation des doses aux 12 heures.
Hydromorphone à libération rapide (q 4 heures) - Voie orale : 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 8 – 10 – 12 – 14 – 16 – 18 – 20 Au-dessus de 20 mg $\Rightarrow$ progression par palier de 4 à 6 mg. Ajuster les doses aux 16 à 24 heures. - Voie parentérale : 0,5 – 1 – 1,5 – 2 – 2,5 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Au-dessus de 10 mg $\Rightarrow$ progression par palier de 2 à 3 mg
Hydromorphone à libération contrôlée ou longue action (q 12 heures) - Même principe de calcul et d'administration que pour la morphine à longue action. 3 – 6 – 9 – 12 – 15 – 18 – 21 – 24; 30 – 36 – 42 – 48 – 54 – 60 Au-dessus de 60 mg bid $\Rightarrow$ progression par palier de 9 à 12 mg
Ne pas oublier que l'hydromorphone est cinq fois plus puissante que la morphine.

Adapté du guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.22-23

Tableau 1.5
Doses équianalgésiques des opioïdes ¹

Médicament	Dose orale (mg)	Dose i.m./s.c. (mg)
Morphine	20 à 30	10
Hydromorphone	4 à 6	2
Codéine *	200	120
Oxycodone	10 - 15	non disponible

Ces doses sont équianalgésiques lorsqu'elles sont administrées de façon régulière.

* Environ 60% de la codéine p.o. est absorbée. Elle subit par la suite une transformation hépatique en morphine équivalant à environ 10% de la dose de codéine absorbée.

10% des patients ne métabolisent pas la codéine.

50mg ¹ à 60mg p.o. morphine / 24 heures = 25 mcg de fentanyl transdermique

N.B. : Il faut garder en mémoire que les intervalles posologiques d'équivalences analgésiques sont larges et doivent être interprétés selon le contexte clinique. Ainsi, selon le CPS, on recommande d'appliquer un timbre de fentanyl de 25mcg/heure chez les patients recevant entre 45 et 134mg de morphine par 24 heures; cette table n'est plus utilisée. En clinique, d'une part afin de simplifier le calcul et suite à l'expérience clinique d'autre part, il semble que l'équivalence se situe à près de 50 à 60mg de morphine p.o. par 24 heures pour un timbre de fentanyl de 25mcg/heure.

Ainsi, plus l'équivalence entre la morphine p.o. et le fentanyl est basse en mg de morphine, plus les risques de surdosage sont élevés dans les jours suivant l'introduction du timbre de fentanyl. À l'inverse, cela rend la conversion du fentanyl vers le p.o. ou le s.c. très sécuritaire au point de vue surdosage. La diminution recommandée de 25 à 30% lorsque nous faisons un changement d'opioïde doit alors être bien évaluée dans le contexte clinique. Il faut suivre le patient étroitement afin de s'assurer qu'il demeure bien soulagé.

¹ Tiré du Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.21

Tableau 1.5.1
Opioides : équivalences

Duragésic	Morphine p.o./jour	Morphine s.c./jour	Hydromorphone p.o./jour	Hydromorphone s.c./jour	Codéine p.o./jour
½ timbre 25 mcg (E.D.) ou 1 timbre de 12 mcg	30 mg (2,5 mg)	15 mg (1,25 mg)	6 mg (0,5 mg)	3 mg (0,25 mg)	300 mg
25 mcg (E.D.)	60 mg (5 mg)	30 mg (3 mg)	12 mg (1 mg)	6 mg (0,5 mg)	600 mg
50 mcg (E.D.)	120 mg (10 mg)	60 mg (6 mg)	24 mg (2 mg)	12 mg (1 mg)	-----
75 mcg (E.D.)	180 mg (15 mg)	90 mg (9 mg)	36 mg (3 mg)	18 mg (1,5 mg)	-----
100 mcg (E.D.)	240 mg (20-25 mg)	120 mg (12 mg)	48 mg (4-5 mg)	24 mg (2,5 mg)	-----

E.D. : entredose

Tableau 1.5.2
Micro-compendium des opioides disponibles

Opioides	Durée d'action	Principales dénominations commerciales	Saupoudrer sur aliments	Formats disponibles
Codéine CA	3-4 hres	Emtec Triatec (avec acétaminophène) Codéine		Comprimés : 15 mg 30 mg Liquide p.o. : 5 mg/ml
Codéine s.c.	3-4 hres			Ampoules : 30, 60 mg/ml
Codéine LA	12 hres	Codéine Contin		Comprimés : 50 mg 100 mg 150 mg 200 mg
Morphine CA	4 hres	Statex M.O.S.		Comprimés : 5, 10, 20, 25, 30, 40, 50, 60 mg Liquide p.o. : 1, 5, 10, 20, 50 mg/ml
Morphine LA	12 hres	MS Contin M Eslon M.O.S.-SR	M Eslon ¹ (capsules)	Comprimés : 15, 30, 60, 100, 200 mg Capsules : 10, 15, 30, 60, 100, 200 mg Suppositoires : 30, 60 mg (MS Contin)
Morphine LA	24 hres	Kadian	Kadian	Capsules : 10, 20, 50, 100 mg
Morphine s.c.	4 hres			Ampoules : 1, 2, 5, 10, 15, 25, 50 mg/ml
Hydromorphone CA	4 hres	Dilaudid		Comprimés : 1, 2, 4, 8 mg Liquide p.o. : 1 mg/ml Suppositoires ² : 3 mg
Hydromorphone LA	12 hres	Hydromorph-Contin	Hydromorph-Contin	Capsules : 3, 6, 12, 18, 24, 30 mg
Hydromorphone s.c.	4 hres	Dilaudid		Ampoules : 2, 10, 20, 50 mg/ml
Oxycodone CA	3-4 hres	Oxy-IR Supeudol		Comprimés : 5, 10, 20 mg Suppositoires ² : 10, 20 mg (Supeudol)
Oxycodone LA	12 hres	Oxy Contin		Comprimés : 5, 10, 20, 40, 80 mg
Fentanyl timbres cutanés	72 hres	Duragésic	<i>Ne jamais couper</i>	Timbres : 12, 25, 50, 75, 100 mcg

CA : courte action
 LA : longue action

¹ Saupoudrer sur des aliments froids à consistance molle et ne jamais mâcher.

² Il est recommandé de ne pas couper les suppositoires.

Utilisation transdermique des opioïdes à base de fentanyl

Le timbre de fentanyl est un système d'administration transdermique qui nécessite un équilibre entre le timbre et la barrière cutanée naturelle. Il faut donc bien connaître les précautions que requièrent la manipulation du timbre et la préparation du site d'application.

Indications possibles et/ou avantages

- ◆ Douleur stable sans pics aigus et d'intensité moyenne à sévère.
- ◆ Diminuer la prise de médicaments et améliorer la qualité de vie.
- ◆ Allergie ou intolérance aux opioïdes naturels ou semi-synthétiques.
- ◆ Constipation sévère ou nausées sous les autres opioïdes.
- ◆ Compliance difficile à la prise de la médication p.o. par le patient ou la famille.
- ◆ Approprié dans un contexte de soins à domicile ou de longue durée.

Principes généraux

- ◆ Le fentanyl (opioïde synthétique) est liposoluble, donc favorisé par les propriétés cutanées.
- ◆ Distribué en dose de 12 mcg/h, 25 mcg/h, 50 mcg/h, 75 mcg/h, 100 mcg/h.
- ◆ Sa libération est constante sur 72 heures et est donc changé en moyenne à tous les trois jours. Certains patients peuvent nécessiter un changement aux 48 heures.
- ◆ **Le taux sérique thérapeutique n'est toutefois atteint que 12 à 48 heures après son application. Il est donc indiqué de toujours couvrir les premières 12 heures d'un opioïde régulier, à courte action. On recommande de ne pas changer le dosage initial avant trois jours lors de la première application du timbre. Par la suite, il faut se rappeler que l'état d'équilibre n'est atteint qu'après 6 à 8 jours suivant un ajustement posologique.**
- ◆ Le site d'application doit être intact et exempt de toute irritation, poils et sur une surface plane afin de garantir l'adhérence.
- ◆ On doit couper les poils et non les raser car ceci peut créer de l'irritation.
- ◆ La température de la région cutanée couverte par le timbre influence grandement l'absorption. Il faut donc éviter l'exposition ou l'application de chaleur à cet endroit. La fièvre doit être aussi surveillée et considérée. Des signes de surdosage peuvent apparaître : somnolence, nausées, confusion.
- ◆ L'adhérence complète doit être maintenue, sans bulle d'air entre le timbre et la peau, le rebord toujours soudé à la surface cutanée, sinon le soulagement peut devenir erratique. Tout décollement oblige à un changement de timbre vers un autre site car le gel médicamenteux peut avoir séché.
- ◆ Éviter l'application dans les zones de lymphoedème, les zones ayant été irradiées et lors de blocage lymphatique.

Utilisation des timbres

◆ Application du timbre

- Ne jamais remettre un nouveau timbre sur le même site, changez-le à chaque installation, mais privilégiez la même région pour maximiser son niveau d'absorption (cf figure 1.4 à la page suivante).
- Réchauffer le timbre dans la paume de la main.
- Retirer la pellicule sans toucher à la surface adhésive.
- Appliquer sur le site et couvrir 30 secondes, avec la paume de la main, le timbre afin de bien faire adhérer.
- Souder le rebord en parcourant le pourtour avec le doigt et s'assurer que le tout soit bien adhérent et exempt de bulles d'air.
- Indiquer la date et l'heure de l'installation sur un diachylon et coller près du timbre.
- Vérifier au moins trois fois par jour l'adhérence du timbre.
- Ne pas couper : on peut obtenir une fraction de la dose de Fentanyl en appliquant la première partie du timbre sur la peau et l'autre partie sur un pansement "op-site" ou "tégaderm" préalablement installé sur la peau.

◆ Retirer le timbre

- Ne jamais oublier que les timbres usagés contiennent encore du médicament. Il est important de s'assurer que les timbres usagés soient éliminés de façon sécuritaire.
- Retirer le timbre délicatement sans toucher à la surface adhérente.
- Plier la surface adhérente sur elle-même.
- Disposer dans un récipient pour aiguilles souillées (demander un récipient à son pharmacien et retourner le récipient plein à la pharmacie). Si non disponible, replier le timbre, le remettre dans son enveloppe originale et remettre l'enveloppe dans la boîte de timbres. Lorsque tous les timbres ont été utilisés, retourner la boîte de timbres Duragesic usagés à la pharmacie (comme si c'était un médicament périmé).
- S'il y a contact avec la peau, rincer à l'eau claire (sans savon).
- Il n'est pas nécessaire de renforcer les pourtours ou abriter le timbre. Si cela est nécessaire, voir les particularités à suivre.

◆ Particularités

- Si décollement du timbre, s'assurer de bien suivre les étapes de réchauffement, choisir un endroit sans proéminence osseuse, non humide, sans gras ni poils.
- Si le décollement persiste, renforcer avec Hypafix au pourtour ou appliquer un pansement transparent de type opsite ou tégaderm.
- Parfois, quelques patients présentent une irritation au site du timbre.
- La vaporisation d'un corticostéroïde (Flovent) peut aider à se soustraire à cette réaction inflammatoire.

- Vaporisation de Flovent¹:
Flovent 125 mcg est le dosage de base (l'écart des doses est de 50 mcg à 250 mcg), on peut augmenter la concentration selon la réaction inflammatoire.

Sur un timbre de fentanyl de 12 mcg, 25 mcg et 50 mcg

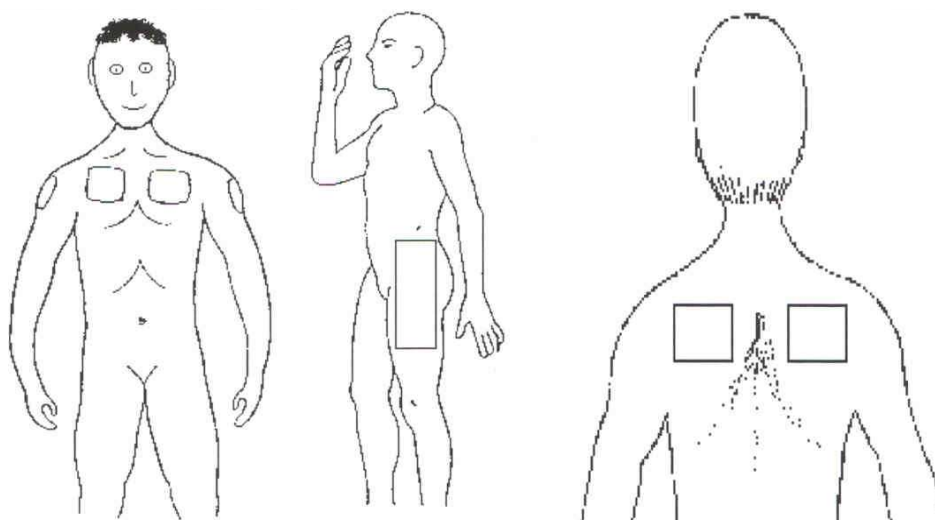
Vaporiser à 15 cm un jet sur la surface du timbre adhérent à la peau, ceci permet de le couvrir entièrement, puis installer immédiatement.

Sur un timbre de fentanyl de 75 mcg et de 100 mcg

Vaporiser ½ du timbre à 15 cm et refaire la même application avec l'autre ½ (le timbre est plus volumineux, ainsi on s'assure de bien l'enduire de Flovent).

Figure 1.4

RÉGIONS D'APPLICATION DES TIMBRES DE FENTANYL TRANSDERMIQUES



¹ Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.24

Tableau 1.6

Méthodes de passage de la voie orale ou sous-cutanée à la voie transdermique et vice-versa					
Temps (Jour 1)					
	0	4h	8h	12 h	Entredose (ED)
Voie orale → voie transdermique	Appliquer le timbre + 1 dose opioïde LA # ou continuer dose régulière courte action 0, 4h, 8h				PRN
Voie sous-cutanée → voie transdermique	Appliquer le timbre + pleine dose s.c.	Pleine dose s.c.	Pleine dose s.c.	Cesser s.c.	PRN
PSCC → voie transdermique	Appliquer le timbre, continuer pleine dose PSCC 4 à 8 h puis cesser PSCC				PRN
Voie transdermique → voie orale	Retirer le timbre		Pleine dose opioïde LA		PRN
Voie transdermique → voie sous-cutanée	Retirer le timbre		Débuter pleine dose s.c.	Pleine dose s.c.	PRN
Voie transdermique → PSCC	Retirer le timbre		Débuter pleine dose PSCC ou * possible de débuter par une entredose suivie de pleine dose à 12h	Pleine dose PSCC	PRN

: LA : longue action; PSCC : perfusion sous-cutanée continue; PRN : si besoin

* : Il existe actuellement très peu de données dans la documentation scientifique à ce sujet. Ces différentes méthodes proposées ne sont qu'un guide et ne peuvent s'appliquer que **sous surveillance étroite**.

Référence : Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.25.

Soins de bouche

Environ 100% des patients en phase palliative présentent divers problèmes buccaux. Les facteurs débilissants de la maladie, les traitements, les effets anticholinergiques et toxiques des médicaments contribuent à diminuer le flot salivaire et fragilisent la cavité buccale.

Principes généraux

- ◆ Examen buccal die.
- ◆ Hygiène de base fait régulièrement, brossage de la langue et des dents avec une brosse souple, rinçage de la bouche après la collation et la prise de médicaments.
- ◆ Toujours garder les muqueuses et les lèvres lubrifiées.
- ◆ Bon ajustement des prothèses dentaires (enlever la nuit).
- ◆ Éviter tout produit alcoolisé et irritant (dentifrice, rince-bouche).
- ◆ Si un traitement est prescrit, traiter aussi les prothèses bid.
- ◆ Après le traitement, ne rien avaler dans les 30 minutes suivantes.

Étapes à suivre

- ◆ Examiner (toutes les structures de la cavité buccale)
- ◆ Nettoyer (hygiène de base qid et rinçage après les collations en pm)
- ◆ Lubrifier (toute la cavité et les lèvres en tout temps)
- ◆ Traiter (toutes les structures de la bouche, les lèvres et les prothèses)
- ◆ Réévaluer (s'assurer de l'efficacité du traitement bid afin de prévenir les complications)

Conseils pour augmenter le confort

- ◆ Mâcher de la gomme et du bonbon sans sucre, menthe/citron.
- ◆ Boire des liquides pétillants.
- ◆ Sucrer de la glace ou popsicles (glaçons).
- ◆ Boire des jus auxquels on ajoute de l'eau gazéifiée.
- ◆ Mordre dans des fruits frais : melon, orange, ananas, etc. s'il n'y a pas d'ulcère buccal.
- ◆ Prendre des aliments qui stimulent la salivation (marinades, cornichons, etc.) si les glandes salivaires fonctionnent.
- ◆ Rincer la bouche avec de l'eau salée régulièrement (avant et après les repas).
- ◆ Humidifier la pièce.
- ◆ Éviter les badigeons de glycérine et citron (augmentent la sécheresse).
- ◆ Éviter les aliments secs, sucrés, salés ou très épicés.

Approche thérapeutique

Algorithme 2.1

Halitose « odeurs »

- ◆ NaCl 0,9% 1/3 + gargarisme sans alcool 1/3 (ex. : Biotène) + peroxyde 3% 1/3 gargariser avec 15 à 30 ml ajouter le peroxyde juste avant de gargariser
- ou
- ◆ NaCl 0,9% 1/2 + peroxyde 3% 1/2 gargariser avec 15 à 30 ml 4-5 fois/jour, laisser agir, puis rincer avec salin par la suite.
- ◆ Si infection, traiter l'infection.

Saignement

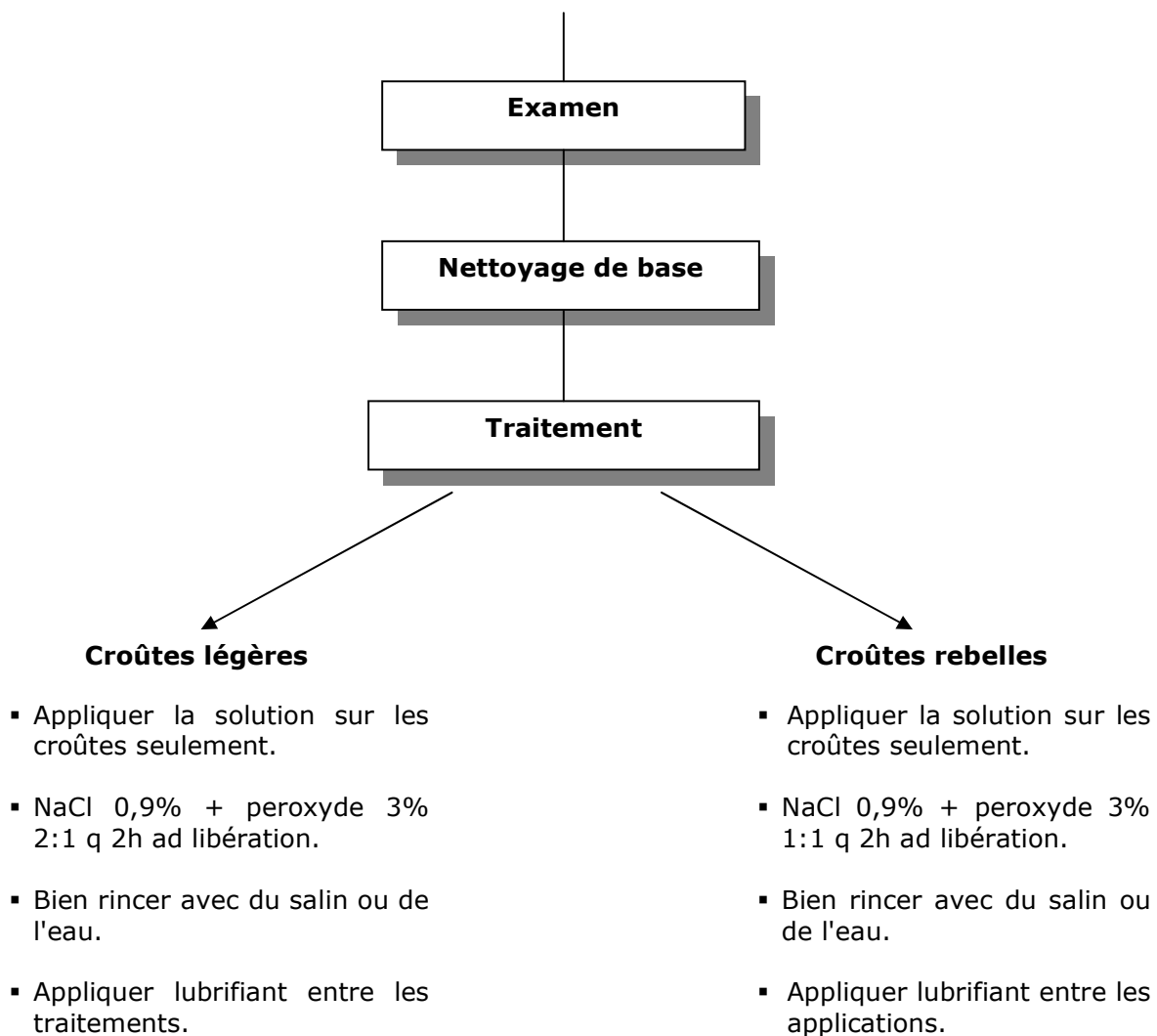
- ◆ Éviter les aliments croustillants ou chauds.
- ◆ Précaution lors du brossage des dents ou l'utilisation de toothette.
- ◆ Rince-bouche avec salin, bicarbonate ou chlorhexidine 0,1% (Peridex, sur prescription).
- ◆ Si inefficace : aviser le médecin traitant.
- ◆ Éviter le rince-bouche habituel pendant 1 à 3 jours.
- ◆ Truc maison : application de sachet de thé (tanin).

Agueusie, goût bizarre (perte de goût)

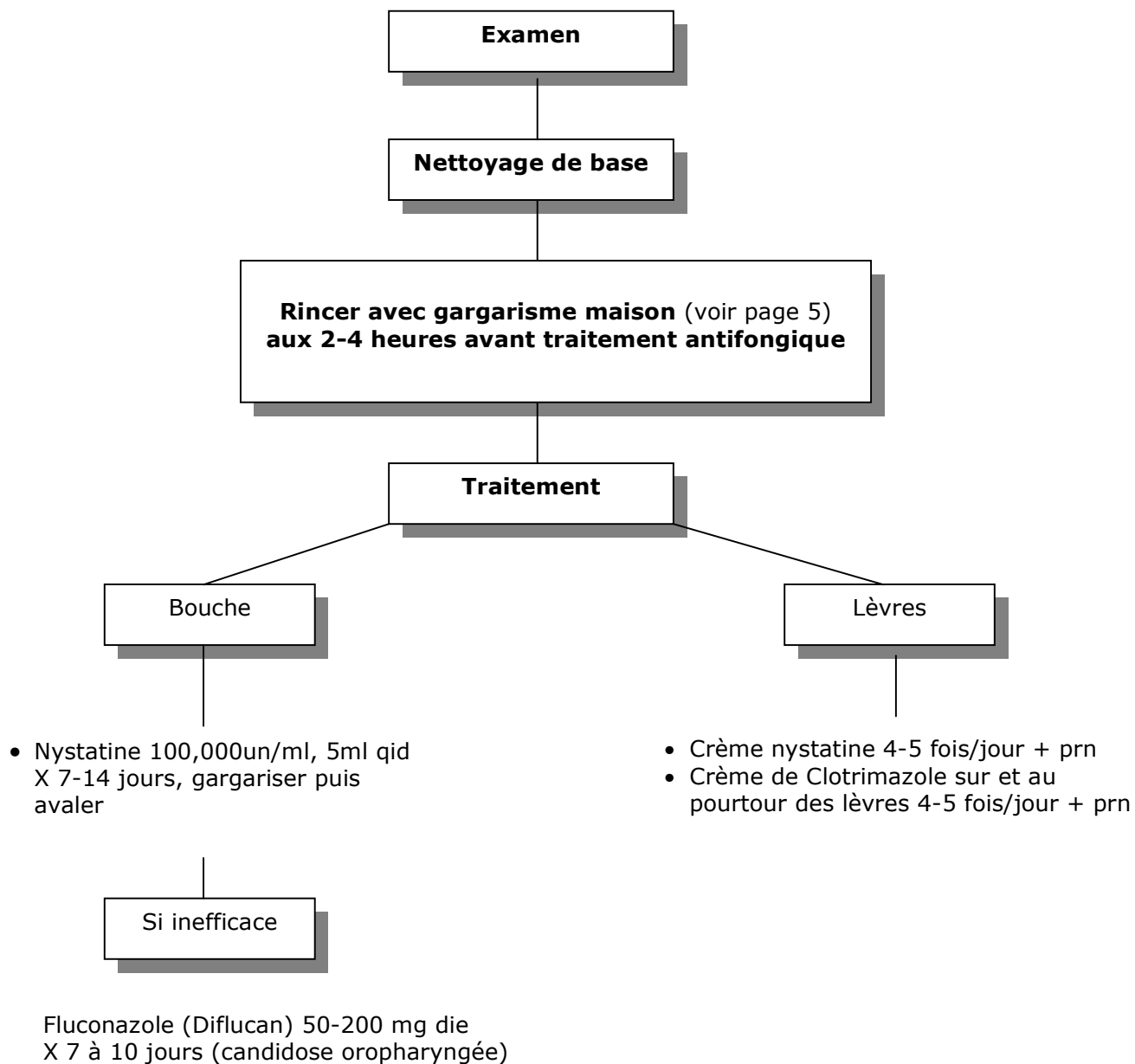
- ◆ Approche diététique :
 - Masquer le goût amer en rehaussant le goût de certains aliments par des marinades, condiments, fines herbes.
 - Enlever les goûts étranges avec du liquide de type Ginger Ale, thé, jus de fruits, de légumes ou boissons gazeuses.
- ◆ Zinc 50-150 mg/jour en dose divisée.¹ (L'expérience clinique démontre un délai d'action probable de quelques semaines).
- ◆ Dexaméthasone 2 mg tid X 1 semaine, puis diminuer graduellement.¹
- ◆ Si le problème persiste, consulter l'équipe des soins palliatifs.

¹ Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.124.

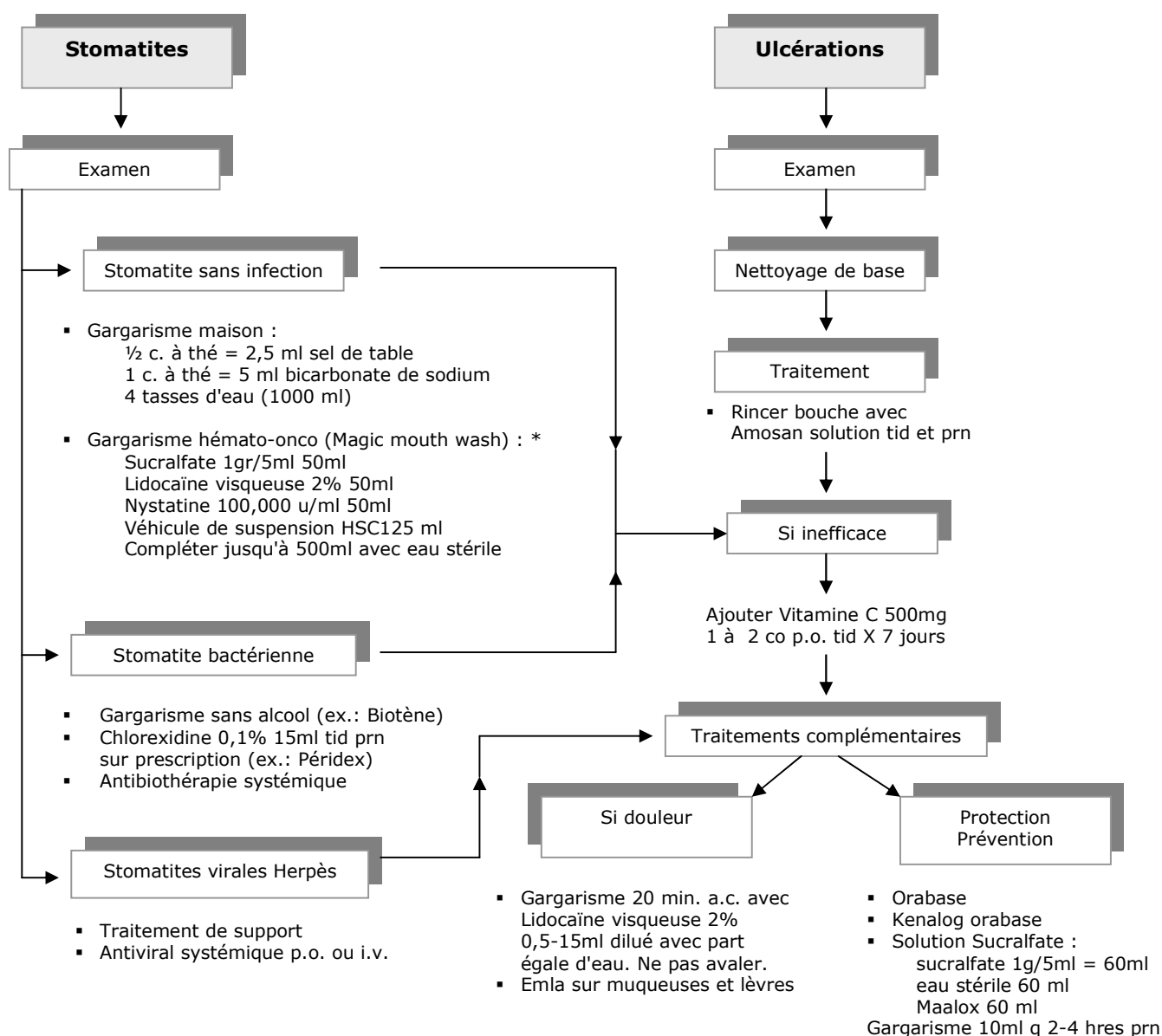
Algorithme 2.2
Croûtes – dépôts



Algorithme 2.3
Infection fongique



Algorithme 2.4 Stomatites et ulcérations



* gargarisme hémato-oncologie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Référence : Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^eéd., 2002, p.126

Nausées et vomissements

Généralités

Les nausées et les vomissements constituent des situations très fréquentes en soins palliatifs (40 à 70% des patients). Ils représentent un défi aussi important que le soulagement des douleurs.

Principes généraux

- ◆ Il est primordial de bien cerner l'étiologie (cf tableau 3.1).
- ◆ Réévaluer fréquemment l'efficacité ainsi que la pertinence de l'antiémétique en prise régulière.
- ◆ Faire des combinaisons en associant des molécules avec différents mécanismes d'action.
- ◆ Toujours prévoir une alternative à la voie p.o.
- ◆ Répéter la dose si vomissements à l'intérieur des 30 minutes de la première dose.
- ◆ Les facteurs psychologiques influencent beaucoup; rassurer le patient.
- ◆ Hydrater selon la tolérance et en petite quantité.
- ◆ Augmenter de façon graduelle la dose d'opioïde et changer d'agent au besoin.
- ◆ Préconiser l'emploi des co-analgésiques afin de diminuer les doses d'opioïdes.
- ◆ Si, malgré toutes les combinaisons, les nausées et vomissements ne sont toujours pas contrôlés, envisager «les sétrons». Ex.: Dolasetron (Anzemet), Granisetron (Kytril), Ondansetron (Zofran).

(cf algorithme 3.1 pour les principales alternatives de traitement)

Étiologie

Plusieurs facteurs physiopathologiques peuvent occasionner des nausées :

◆ **Les médicaments**

- Antibiotiques
- Anticholinergiques
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Antinéoplasiques
- Digoxine
- Opioïde
- Sevrage aux opioïdes ou aux benzodiazépines
- Théophylline

◆ **Les désordres électrolytiques**

- Alcalose métabolique
- Hypercalcémie
- Hypochlorémie
- Hypokaliémie
- Hyponatrémie
- Urémie

◆ **Les déséquilibres endocriniens**

- Acidocétose diabétique
- Hyperparathyroïdie
- Hypothyroïdie
- Insuffisance surrénalienne

◆ **Troubles gastro-intestinaux**

- Carcinome gastrique ou pancréatique
- Gastro-entérite
- Gastroparésie
- Obstruction (occlusion et sub-occlusion) intestinale
- Stase gastrique
- Syndrome de l'intestin irritable
- Ulcère peptique
- Constipation

◆ **Divers**

- Radiothérapie
- Métastases méningées ou cérébrales
- Métastases hépatiques
- Douleur
- Hypotension
- Hypoxie
- Migraine
- Hépatite virale
- Atteinte vestibulaire
- Facteurs psychosociaux

Au moins un patient sur deux présentera des nausées associées à la prise d'opioïdes. Une tolérance peut toutefois se développer à la longue. Il est préférable de commencer à faible dose et de rechercher en tout temps la dose minimale efficace afin de limiter les effets secondaires possibles des antinauséeux.

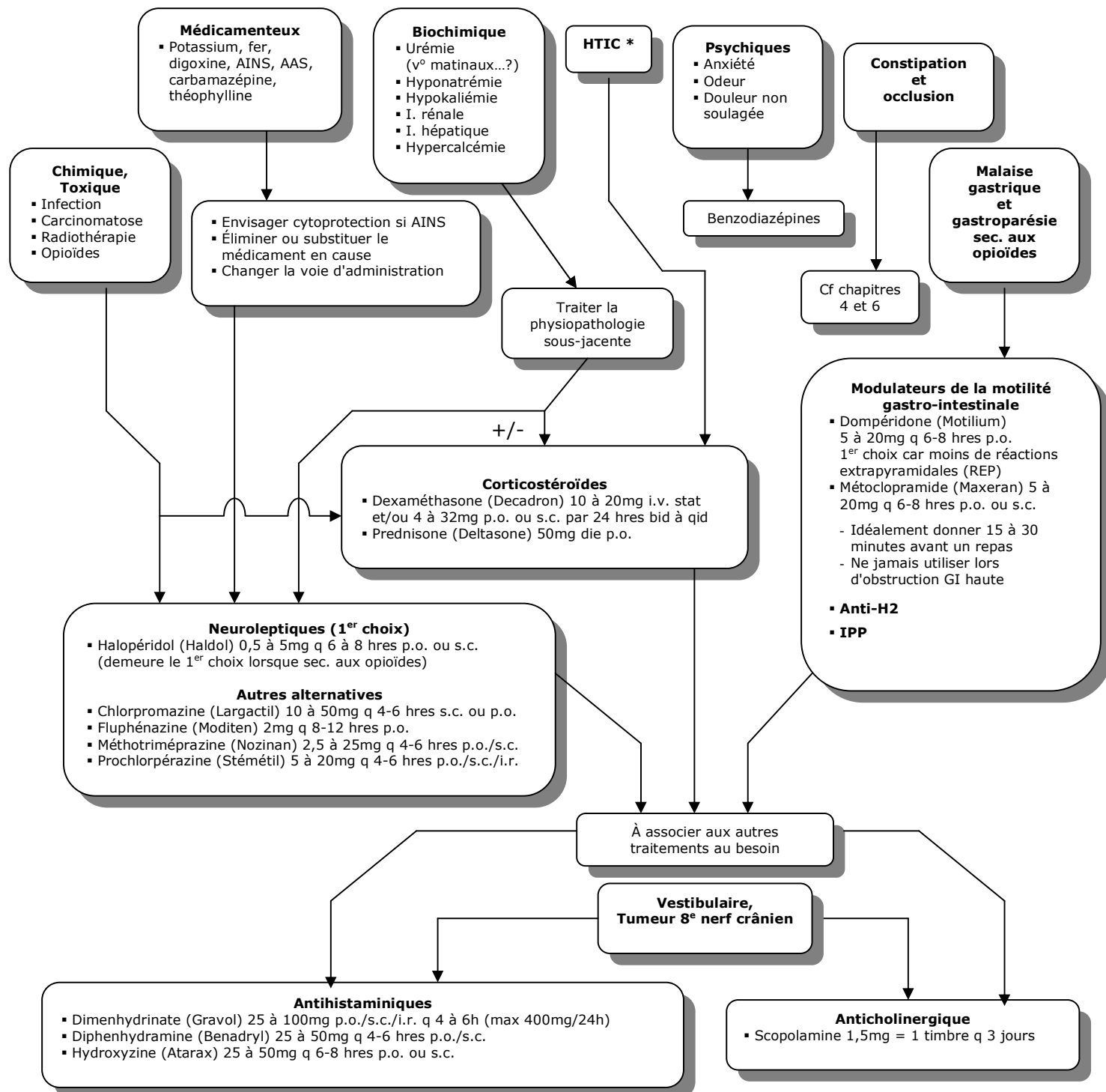
Tableau 3.1
Origine des nausées et vomissements

Causes	Sites	Traitements
▪ Néoplasie cérébrale ▪ Hypertension intracrânienne ▪ Sens ▪ Douleurs ▪ Anxiété	▪ Cortex cérébral	▪ Les benzodiazépines ainsi que les corticostéroïdes sont le traitement de base.
▪ Mouvements ▪ Tumeur du 8^e nerf	▪ Noyau vestibulaire	▪ Antihistaminiques.
▪ Médicaments ▪ Toxique ▪ Biochimique ▪ Radiothérapie	▪ Zone chimioréceptrice	▪ Répondent souvent aux neuroleptiques. Pour ce qui est des opioïdes, une tolérance se développe en général, permettant l'arrêt ou la diminution de l'antiémétique; rechercher la dose minimale efficace. ▪ Corticostéroïdes.
▪ Distension ▪ Stase ▪ Compression ▪ Inflammation ▪ Obstruction du tractus GI	▪ Tractus gastro-intestinal, nerf vague	▪ L'incidence des troubles de la motilité du tractus gastro-intestinal augmente avec le temps ou la dose d'opioïde utilisée. Vomissements habituellement tardifs. ▪ Modulateurs de la motilité gastro-intestinale. ▪ Traitement de l'occlusion.
▪ Néoplasie ▪ Radiothérapie pelvienne et abdominale ▪ Constipation	▪ Tractus gastro-intestinal, nerf vague	▪ Corticostéroïdes ▪ Traitement de la constipation ▪ Sétrons

Adapté du guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002.

Approche thérapeutique

Algorithme 3.1
Nausées et vomissements



* Hypertension intracrânienne

Adapté du Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.103-104

Constipation chez le patient recevant des opioïdes

Définition

Manifestation clinique caractérisée par une diminution de la fréquence de la défécation et/ou une difficulté à évacuer les selles.

Objectif

Favoriser, chez le patient recevant des opioïdes, l'évacuation minimale d'une selle à tous les trois jours. Mettre en place des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques pour prévenir et éliminer la formation et/ou l'accumulation de selles durcies dans l'ampoule rectale.

Causes

Elles peuvent être reliées au cancer, aux traitements pharmacologiques et en particulier à la prise de médicaments opioïdes pour le traitement de la douleur, à l'inactivité et aux autres conditions médicales.

Symptômes

Flatulences, plénitude abdominale, douleur abdominale, inappétence, confusion, agitation, rétention urinaire.

Les manifestations cliniques du fécalome sont les mêmes que celles de la constipation, mais peuvent être associées à des nausées et vomissements, coliques abdominales, agitation, fièvre et tachypnée. **Le fécalome peut aussi causer des diarrhées de débordement.**

Approche clinique

◆ Principes généraux

Il est important de se rappeler que, même s'il y a peu ou pas d'alimentation, l'intestin forme toujours des selles. Beaucoup de résidus et de débris de l'organisme sont constamment produits et forment des matières fécales (2/3 de desquamations de l'organisme et 1/3 de résidus alimentaires).

◆ Clientèle visée

Pour les patients de 18 ans et plus en soins palliatifs et recevant des médicaments opioïdes.

◆ CONTRE-INDICATION

Histoire antérieure ou suspicion d'occlusion intestinale.

◆ Prévention

Pour tous les patients recevant une première ou nouvelle prescription de médicaments opioïdes.

- Interventions générales pour prévenir ou traiter la constipation (p. 3)
- Conseils généraux et nutritionnels de prévention de la constipation (p. 4, 5)
- Guide pharmacologique de prévention et traitement de la constipation (p. 6, 7, 8)

◆ Traitement

Algorithme de la constipation établie et du fécalome. Après résolution de l'épisode, appliquer la pratique médicale de prévention de la constipation et monitorer les selles à tous les jours.

Interventions pour prévenir et traiter la constipation

1. Évaluer la fonction intestinale tôt après la prise en charge d'un nouvel usager.
2. Vérifier auprès de l'usager ses habitudes :
 - ☐ quel est le rythme habituel d'élimination?
 - ☐ les selles sont-elles plus rares et plus dures qu'avant?
 - ☐ le temps de défécation prend-il plus de 10 minutes?
 - ☐ est-ce que 25% du temps sur la toilette sert à forcer?
 - ☐ y a-t-il des changements dans les habitudes :
 - fréquence des selles actuelles et antérieures?
 - consistance des selles?
 - activités physiques?
 - apport alimentaire et hydrique?
 - ☐ y a-t-il une prise régulière de laxatifs? si oui, lesquels?
 - ☐ y a-t-il une présence de diarrhées précédées d'un problème de constipation?
 - ☐ une sensation de poussée rectale?
 - ☐ une nouvelle rétention urinaire? une agitation? (peut être due à un fécalome).
3. Promouvoir le confort de l'usager :
 - adapter le siège de toilette, le marchepied et aménager des barres de support;
 - considérer l'usage d'une chaise d'aisance percée;
 - favoriser l'intimité (réduire au minimum l'usage de bassine);
 - répondre le plus rapidement possible aux urgences fécales;
 - comme certains médicaments peuvent contribuer à la constipation, noter les médicaments et le médecin pourra procéder à la réévaluation.
4. Noter quotidiennement les mouvements intestinaux.
5. Surveiller l'apparition de symptômes associés à une obstruction : anorexie, vomissement, coliques abdominales, distension abdominale, absence de selles, douleur rectale spasmodique, insomnie, suintement de selles diarrhéiques, etc. Si l'usager n'a ni gaz, ni selles depuis plus de 4 jours et/ou qu'il présente des nausées et vomit facilement, il faut soupçonner une occlusion intestinale et aviser le médecin afin qu'il puisse évaluer le patient et ajuster le traitement.
6. Encourager, dans la mesure du possible, la consommation de liquide, de jus, de fibres, de fruits dans la diète.
7. Examen clinique : toucher rectal fait par l'infirmière.

Conseils de prévention de la constipation

CONSEILS GÉNÉRAUX À L'USAGER :

- Prendre beaucoup de liquide (au moins 6 à 8 verres de 8 onces par jour) sauf si contre-indication médicale. Boire de l'eau en grande quantité. Les tisanes, les bouillons, les boissons chaudes à base de céréales sont aussi des choix judicieux.
- Si possible, faire un peu d'exercice physique ou prendre une marche pour stimuler le fonctionnement intestinal. On peut aussi faire un massage abdominal dans le sens des aiguilles d'une horloge.
- Choisir de préférence des aliments riches en fibres sauf si contre-indication médicale (pains et céréales à grains entiers, fruits et légumes, muffins au son, noix, graines, fèves et pois secs, lentilles, ...).
- Si le bénéficiaire prend régulièrement des laxatifs, poursuivre le traitement.

AUTRES SUGGESTIONS : (sauf si contre-indication médicale)

Prendre :

- céréales Bran Bud, 1 cuillère à thé ou 1 cuillère à soupe
ou son de blé, 1 à 3 cuillères à soupe par jour
à mélanger avec : yogourt
 compote de pommes
 pain de viande
 - des capsules de yogourt : de 6 à 10 capsules
par jour peuvent être aidantes
 - tisane de séné
 - un verre de jus de pruneaux de 4 à 6 onces le matin (pris avec une tasse d'eau chaude peut être plus efficace).
- } on peut s'en procurer dans les magasins d'aliments naturels ou aliments en vrac

Ajouter :

- graines de lin (environ 1 cuillère à thé) à votre préparation de gruau
- ou 1 cuillère à soupe à la préparation de muffins

Augmenter graduellement le nombre quotidien de portions, soit :

- de superflax
 - d'émollient fécal
- } recettes ci-jointes

Si pas de selles après 3 jours, mettre un suppositoire de glycérine et un suppositoire de Dulcolax, et en parler à votre infirmière ou à votre médecin.

SUPERFLAX

2½ tasses de dattes (1 livre / 454 grammes)
3 tasses de jus de pruneaux
2½ tasses de figues (¾ livre / 350 grammes)
3 tasses de raisins (1½ livre / 675 grammes)
2½ tasses de pruneaux dénoyautés (1 livre / 454 grammes)

- Mijoter les dattes et le jus de pruneaux pour obtenir une texture très molle.
- Mettre le mélange obtenu dans un hachoir ou un robot culinaire et ajouter les raisins, les pruneaux et les figues.
- Mélanger jusqu'à ce que le mélange devienne une pâte lisse.

Se conserve dans un contenant hermétique au réfrigérateur jusqu'à un mois.

Rendement = 8 tasses
Portion = 2 à 3 cuillères à thé
2 cuillères à table = 1 équivalent de fruit

ÉMOLLIENT FÉCAL

1 tasse de pruneaux dénoyautés

1 tasse de raisins de Corinthe

Faire tremper dans l'eau froide durant 8 heures.
Puis, passer le tout (eau et fruits) au Blender.

- * Prendre 1 cuillère à soupe du mélange 3 fois par jour **après repas**.
(Diminuer à deux ou une fois par jour, selon les selles).

NB : Garder le mélange au réfrigérateur.

Ne pas oublier ... Y aller graduellement et prendre beaucoup de liquide.

Tableau 4.1

Guide pharmacologique de prévention et traitement de la constipation

Classification des laxatifs : *

Les agents de volume communément appelés "fibres" (carboxyméthylcellulose, psyllium...) ne sont pas recommandés car ils doivent être pris avec de grandes quantités d'eau. Ils ne constituent pas un bon choix chez les patients alités, inactifs ou chez ceux qui ne peuvent rencontrer les besoins hydriques recommandés car ils peuvent alors favoriser la formation de fécalomes.

L'huile minérale n'est pas recommandée chez les patients alités à cause du risque d'aspiration associé au reflux, à l'irritation et au prurit anal possible. Elle peut être un second choix chez le patient ambulant lorsque administrée de jour avec un agent stimulant.

Classe et mécanisme Nom générique et présentation	Début d'action	Doses	Particularités
ÉMOLLIENTS Ramollissent les selles en facilitant l'incorporation de matières aqueuses et graisseuse Docusate de sodium 100mg caps, 20mg/5ml liq. oral Docusate de calcium 240 mg Les deux ont la même efficacité et, à dose identique, ils contiennent la même quantité d'acide dioctylsulfosuccinique.	24-48 heures et jusqu'à 5 jours	100 mg à 1600 mg p.o. par jour en doses divisées	Site d'action : petit et gros intestin Indiqués pour la constipation induite par des médicaments ou chez les patients qui doivent éviter l'effort. <u>Ne pas administrer avec huile minérale</u> car peut favoriser son absorption systémique ⇒ risque d'embolie graisseuse.
AGENTS DE CONTACT (ou agents stimulants) Stimulent les plexus nerveux de l'intestin, irritent localement et favorisent ainsi le péristaltisme. 1 ^{er} choix : Sennosides parce que moins violent que Bisacodyl. Sennosides 8,6-12mg co., 8,5mg/5ml liq. oral	6 à 10 heures	8,6mg : 1 à 2 co. die à qid 12mg : 1 à 2 co. die à qid Des doses plus élevées peuvent être utilisées en soins palliatifs jusqu'à 137,6mg par jour	Site d'action : colon Utiliser en association avec émoullient pour la constipation induite par des médicaments.
2 ^e choix : Bisacodyl 5mg co.; 5-10mg supp.	p.o. < 6 heures i.r. = 15-60 minutes	5 à 15mg p.o. par jour (peut être administré en une seule dose au coucher) Des doses plus élevées peuvent être utilisées en soins palliatifs jusqu'à 15mg tid	Site d'action : colon L'enrobage entéro-soluble prévient l'irritation de l'estomac. Ne pas écraser, ni prendre avec lait ou anti-acides (détruit l'enrobage).

* N.B. : Seuls les agents retenus pour le guide ou pouvant représenter une alternative aux agents utilisés sont décrits.

Classe et mécanisme Nom générique et présentation	Début d'action	Doses	Particularités
OSMOTIQUES			
Agissent par osmose en retenant l'eau dans l'intestin, ce qui induit un péristaltisme réflexe. Lactulose	24-48 heures	15 à 60ml die à bid	Site d'action : colon Sucré, à diluer avec eau ou jus pour masquer le goût. Peut causer flatulence et crampes en début de traitement. Peut être préféré dans le syndrome de l'intestin irritable ou si crampes avec les agents stimulants.
Glycérine, suppositoire Osmotique et lubrifiant	15-60 minutes		Lubrifie les selles accumulées.
Polyéthylène glycol (PEG avec électrolytes ou solution iso-osmotique) (Colyte, Peglyte, Golytely, Lyte prep...)	1-4 heures (dose purgative) 2 à 4 jours (dose laxative)	Dose purgative : environ 2 litres, soit 240ml aux 10 à 15 minutes jusqu'à efficacité. Dose laxative : 240 à 480ml p.o. die	Prendre froid pour masquer le mauvais goût et boire rapidement chaque portion. Stable 30 jours au frigo lorsque dilué.
SALINS			
Agissent par osmose en retenant l'eau dans l'intestin, ce qui induit un péristaltisme réflexe. Hydroxide de magnésium (lait de magnésie) Le moins violent des salins.	6 à 8 heures	30 à 60ml die à bid	Site d'action : petit et gros intestin. Le lait de magnésie est efficace pour la constipation induite par des médicaments. Il peut être une alternative au docusate si inefficace. Il peut être également une alternative si sennosides et bisacodyl inutilisables. Attention à l'hypermagnasémie dans un contexte d'insuffisance cardiaque ou de désordre électrolytique. Contre-indiqué en insuffisance rénale.
Citrate de sodium (microlax lavement)	5-10 minutes		
Phosphate de sodium (Fleet Phospho-Soda p.o. ou Fleet lavement)	p.o. ⇒ 30 minutes à 3 heures i.r. ⇒ 2 à 5 minutes	p.o. 20 à 25ml dans ½ verre d'eau ou jus sucré et faire suivre de 250ml d'eau Dose maximale recommandée : 45ml par jour	Contre-indiqué en insuffisance rénale.

Références :

Avila J.G. Pharmacologic treatment of constipation in cancer patients. Cancer Control. May/June 2004; vol.11 no 3, suppl 1:10-18
Doucet G. Constipation, notes de cours. Faculté de l'éducation permanente. Université de Montréal.
Néron A. et coll. Constipation et fécalome. Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002. Gestion de la douleur et autres symptômes, p.139-146.
Vigilance Santé, logiciel d'information pharmaceutique. Les Laxatifs. Tableau 65 consulté le 5 décembre 2005.

Guide pharmacologique de prévention et traitement de la constipation

- Si la santé du patient le permet, et à moins de contre-indication médicale, introduction de jus de pruneaux et de fibres. Bien respecter l'horaire biologique du patient. Favoriser l'intimité. Augmenter l'hydratation selon tolérance.
- À débiter en même temps que les opioïdes après avoir vérifié que le patient ne présente pas déjà une constipation établie – s'assurer que le patient a fait au moins une selle dans les 3 derniers jours. S'il y a lieu, appliquer l'algorithme de la constipation établie et du fécalome.
- Le but est d'avoir une selle tous les 2 à 3 jours.
- Si douleur abdominale aiguë ou vomissements inhabituels, contacter le médecin.
- Si diarrhée ou fréquence accrue des selles, suspendre les médicaments pendant 24 heures, puis reprendre ensuite l'étape en cours.
- Les médicaments suivants sont inscrits à la liste des médicaments de la RAMQ à titre de médicaments d'exception :
 - Docusate de calcium
 - Sennosides et Bisacodyl
 - Lactulose
 - Suppositoires de glycérine
 - Lavement *Microlax*
 - Lavements *Fleet* adulte et huileux
 Motif d'exception : traitement de la constipation liée à une condition médicale.
- Les médicaments *Fleet Phosphosoda oral* et PEG avec électrolytes ne sont pas couverts par la RAMQ même à titre de médicaments d'exception.

Étape 1

Docusate de calcium 240mg 1 caps. DIE
 Sennosides 8,6 mg 1 co. BID

Étape 2

Docusate de calcium 240mg 1 caps. BID
 Sennosides 12mg 1 co. BID

Étape 3

Docusate de calcium 240mg 1 caps. BID
 Sennosides 12mg 1 co. BID
 Lactulose 15ml BID

Étape 4

Docusate de calcium 240mg 1 caps. BID
 Sennosides 12mg 2 co. BID
 Lactulose 30 à 60ml BID

Les choix

- Les étapes 1, 2, 3, 4 présentent une combinaison de médicaments ainsi qu'une progression des doses de façon à mieux visualiser l'application du guide pharmacologique.
- Les PRN peuvent être administrés soit par voie rectale ou orale selon la préférence du patient ou selon la condition clinique.

Le guide

- À la 3^e journée sans selles, donner un PRN et poursuivre l'étape en cours.
 Si nécessité de un PRN par semaine (ou aucun PRN) :
 ⇒ poursuivre l'étape en cours.
 Si nécessité de deux PRN par semaine (ou plus) :
 ⇒ passer à l'étape suivante.
- À la 3^e journée, si le(s) PRN n'est pas efficace, appliquer alors l'algorithme de la constipation établie et fécalome et poursuivre par la suite avec l'étape suivante du guide pharmacologique.
- Si l'étape en cours est efficace (aucun besoin de PRN) mais que le patient présente un effort constant à la défécation ou que les selles demeurent dures, passer alors à l'étape suivante du guide pharmacologique.

LES PRN

PRN rectal (produits couverts par la RAMQ)

PRN rectal ⇒ un ou plusieurs produits peuvent être administrés. Suppositoire de glycérine adulte + suppositoire bisacodyl 10mg. Introduire le suppositoire de glycérine en premier. **Ne pas lubrifier**, on peut le mouiller 30 secondes. Ne pas piquer dans les selles.

Le suppositoire de bisacodyl doit être en contact avec la muqueuse rectale.

et / ou
 Lavement MICROLAX
 et / ou

Lavement FLEET (si échec au Microlax)

↓
 Si échec, débiter l'algorithme de la constipation établie.

PRN oral (produits non couverts par la RAMQ)

PRN oral ⇒ choisir l'un ou l'autre des produits recommandés.

FLEET PHOSPHOSODA oral

20 à 25ml (1/2 bouteille) à diluer dans ½ verre d'eau ou jus sucré et faire suivre de 250ml d'eau.

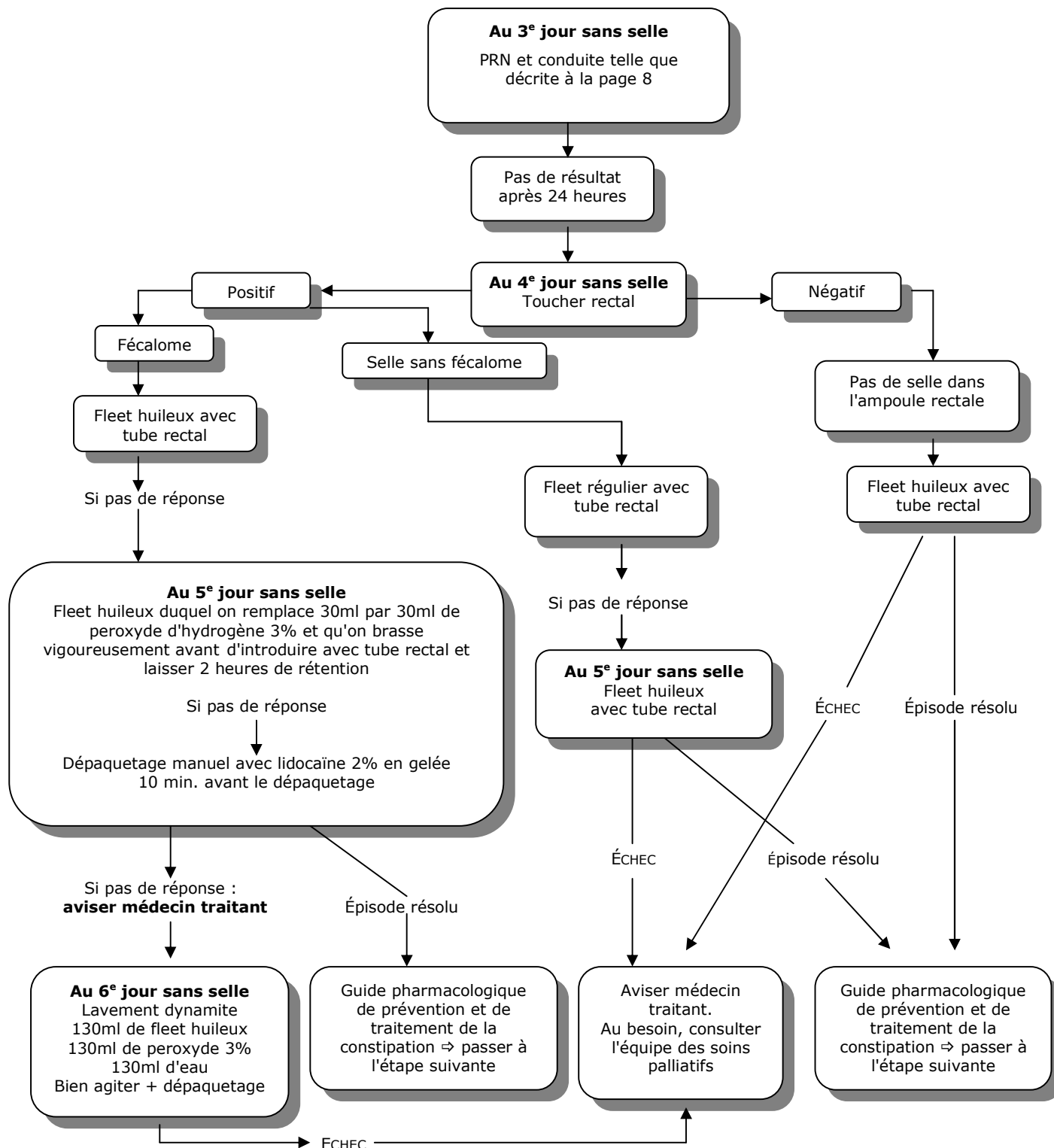
Peut être répété 3 heures plus tard si besoin.

OU

PEG avec électrolytes (Colyte, Peglyte, Golytely, Lyte prep...) 240ml aux 10 à 15 minutes jusqu'à efficacité pour un maximum de 2 litres. Prendre froid pour masquer le mauvais goût et boire rapidement chaque portion.

↓
 Si échec, débiter l'algorithme de la constipation établie.

Algorithme 4.1 Constipation établie et fécalome



**ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES ADAPTÉES AU GUIDE
DE PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION ÉTABLIE**

Nom du patient : _____

MÉDICAMENTS RÉGULIERS

DOCUSATE DE CALCIUM 240mg

Suivre les étapes du Guide :

- 1 caps. DIE, étape 1, si nécessaire augmenter à
- 1 caps. BID, étape 2, 3 ou 4.

SENNOSIDES

**8,6mg/co
12mg/co**

Suivre les étapes du Guide :

- 8,6mg (1 co.) BID, étape 1, si nécessaire augmenter à
- 12mg (1 co.) BID, étape 2 ou 3, si nécessaire augmenter à
- 24mg (2 co.) BID, étape 4.

LACTULOSE

_____ ml

Suivre les étapes 3 ou 4 du Guide :

- 15ml BID, étape 3, si nécessaire augmenter à
- 30ml BID, étape 4, si nécessaire augmenter à
- 60ml BID, étape 4.

MÉDICAMENTS PRN

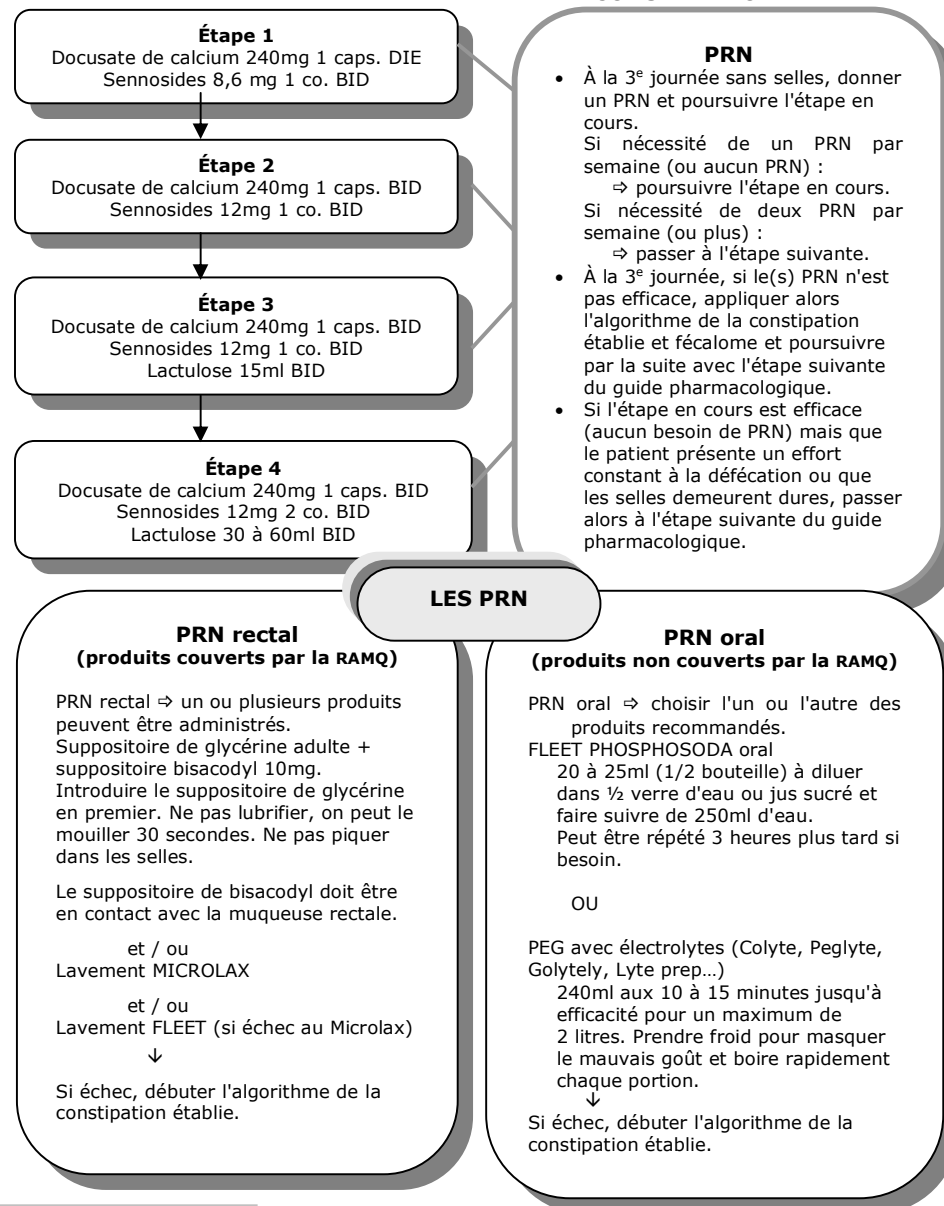
✓ **Cochez un ou plusieurs choix**

- ☐ **suppositoire de GLYCÉRINE ADULTE** # _____
- ☐ **suppositoire de BISACODYL 10mg** # _____
- ☐ **lavement MICROLAX 5ml** # _____
- ☐ **lavement FLEET ADULTE 130ml** # _____
- ☐ **FLEET PHOSPHOSODA ORAL 45ml** # _____
- ☐ **PEG avec électrolytes (Colyte, Peglyte, Golytely)** # _____
- ☐ **lavement FLEET HUILEUX 130ml** # _____
- ☐ **XYLOCAÏNE 2% gelée avec embout 30 ml** # _____

Ren.: _____ Date : _____

Médecin : _____

**GUIDE PHARMACOLOGIQUE DE PRÉVENTION
ET TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION**



FEUILLE DE ROUTE PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

✓ COCHEZ L'ÉTAPE EN COURS	PARTICULARITÉS	PRN cochez le(s) choix
☐ Étape 1 Docusate ca. 240mg 1 caps. le matin Sennosides 8,6 mg 1 co. matin et soir	Étape 1	Au troisième jour sans selle, prendre un PRN. ☐ Suppositoire de glycérine adulte + suppositoire de Bisacodyl 10mg; introduire le supp. de glycérine en premier. ☐ Lavement MICROLAX. ☐ Lavement FLEET.
☐ Étape 2 Docusate ca. 240mg 1 caps. matin et soir Sennosides 12mg 1 co. matin et soir	Étape 2	
☐ Étape 3 Docusate ca. 240mg 1 caps. matin et soir Sennosides 12mg 1 co. matin et soir Lactulose 15ml (1 c. à s.)* matin et soir	Étape 3	☐ FLEET PHOSPHOSODA oral ½ bouteille (20 à 25ml). ☐ PEG avec électrolytes (Colyte, Peglyte, Golytely, Lyte prep) 240ml aux 10 à 15 min.
☐ Étape 4 Docusate ca. 240mg 1 caps. matin et soir Sennosides 12mg 2 co. matin et soir Lactulose 30 à 60ml (2 à 4 c. à s.)* matin et soir	Étape 4	

* c. à s. = 1 cuillère à soupe

Date	Initiales intervenant(e)	RECOMMANDATIONS

Diarrhée

Définition

Évacuation de selles moins consistantes, plus fréquentes et liquides.

Symptômes accompagnateurs

Coliques, flatulences.

Causes les plus fréquentes en soins palliatifs

- ◆ Les laxatifs.
- ◆ L'obstruction intestinale partielle.
- ◆ Le fécalome (la diarrhée de débordement).
- ◆ La colique postradique.
- ◆ La colectomie totale.
- ◆ Les patients iléostomisés ou colostomisés.
- ◆ Les médicaments.
- ◆ La malabsorption.
- ◆ Une entéropathie au VIH.
- ◆ L'intolérance au lactose.
- ◆ L'hémorragie gastro-intestinale.

Objectif

Éviter la déshydratation et rendre le patient confortable.

Le toucher rectal est très important. Toujours vérifier si ce n'est pas une diarrhée de débordement (fécalome).

Approche thérapeutique

- ◆ Cesser les laxatifs.
- ◆ Offrir de petites quantités de liquide afin d'éviter la distension gastrique.
- ◆ Maintenir l'hydratation adéquate avec du Lytren® ou l'équivalent et/ou 12 onces de jus d'orange sans sucre, 20 onces d'eau et ½ cuil. à thé de sel.
- ◆ Éviter les irritants, les produits laitiers.
- ◆ Donner une alimentation selon tolérance.
- ◆ Le retour à la diète normale peut se faire après 2 jours.
- ◆ Si diarrhée sévère :
 - Lopéramide (Imodium®) 2mg 2 co. stat, suivi de 1 co. après chaque selle, jusqu'à un maximum de 8 co. par 24 heures. Les effets secondaires de la médication sont la somnolence et les étourdissements.
 - Codéine 15 à 30mg s.c. q 4-6 heures prn ou 15 à 30mg p.o. q 4-6 heures.
 - Psyllium (Métamucil®) 2 cuil. à thé dans 50 ml d'eau q 4-6 heures.
- ◆ Il faut réviser les médicaments susceptibles de donner de la diarrhée, tels les anti-acides, les laxatifs, les antibiotiques, les A.I.N.S., la digoxine, la quinidine et les traitements d'oncologie.
- ◆ Si nous sommes en présence de diarrhée chronique : Lopéramide (Imodium®) 2 à 4mg p.o. q 6-8 heures.
- ◆ Si diarrhée chologénique et post radiothérapie : Cholestyramine (Questran®) 4g tid à qid p.o. avant les repas.
- ◆ Si colite pseudomembraneuse : Métroimidazole (Flagyl®) 500mg tid p.o.
- ◆ Au besoin, consulter l'équipe des soins palliatifs.

Occlusion intestinale

Définition

Cessation du passage du bolus intestinal, cessation du passage de gaz et de selle. Elle peut être partielle ou complète et se trouver à n'importe quel niveau entre l'estomac et l'anus.

Objectif de traitement

Pallier aux symptômes, tels la douleur, les nausées et les vomissements.

Causes d'occlusion

- Endoluminales : le fécalome, la tumeur maligne
- Intrapariétales : léomyome, lymphome
- Extrinsèques : adhérences post-opératoires, carcinomatose

Causes de pseudo-occlusion

- Atteinte de la motilité gastrique
- Envahissement néoplasique rétropéritonéal
- Phénomènes paranéoplasiques
- Médicaments

Toucher rectal

Le toucher rectal est essentiel et ne doit pas être omis.

Tableau 6.1
Signes et symptômes selon les niveaux d'occlusion

Niveau	Douleur	Vomissements	Dilatation	Péristaltisme
Haut Estomac	Minime	Importants Clairs ou nourriture non digérée	Normale	Normal ou clapotis
Moyen Petit intestin	Coliques péri- ombilicales	Moyens à graves Bilieus à fécaloïdes	Ballonnement moyen	Hyperactif Bruits métalliques
Bas Colique	Varie entre coliques à douleur sourde péri- ombilicale basse	Apparition tardive Fécaloïdes	Ballonnement important	Bruits métalliques espacés

Approche thérapeutique - occlusion intestinale

◆ **Non pharmacologique**

- Favoriser l'absorption de petites quantités de suppléments diététiques (30 à 60ml) aux 30 à 60 minutes.
- Les suppléments peuvent être congelés (Popsicle).
- Assurer une bonne hygiène buccale.
- Mastiquer les aliments préférés pour absorber tout le jus et recracher le reste.
- Éviter un estomac surchargé ou trop vide.
- Éviter la surhydratation.

◆ **Pharmacologique**

Éviter soluté intraveineux car il augmente l'œdème, le 3^e espace et la production de liquide gastro-intestinal (cf tableau 6.2 à la page suivante).

◆ **Mécanique**

L'installation d'un tube naso-gastrique de Levine peut être nécessaire (dernier recours).

◆ **Chirurgical (gastrostomie)**

Dans les occlusions hautes et oesophagiennes ⇒ à discuter avec le patient (survie, complications, etc.).

Références :

Dr René Dugas. Médecin du Québec : l'occlusion en soins palliatifs. Mai 1999.
Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002.
FMOQ. Les soins palliatifs en établissement et à domicile, Johanne Morin.

Tableau 6.2

Médicaments utiles dans les situations de gastroparésie, de dysmotilité intestinale, de subocclusion évoluant vers une occlusion

Symptômes	Causes	Médicaments	Posologie
Nausées Vomissements	Stase gastrique	Prokinétique ¹ Métoclopramide ² (Maxeran) Dompéridone Cesser Prokinétiques si ↑ crampes ou ↑ des vomissements	5 à 10 mg s.c. ou p.o. q 6 à 8 heures 5 à 20 mg p.o. q 6 à 8 heures (tid ou qid)
Nausées Vomissements	Médicaments (opioïdes) et irritation de la CTZ ³	Butyrophénone (halopéridol = Haldol) ou Phénothiazine (prochlorpérazine=Stémétil)	0,5 à 5 mg p.o./s.c. par 24h die à qid 5 à 15 mg p.o./s.c./i.r. q 6 heures
Constipation	Sténoses musculaires multiples et/ou atonie digestive médicamenteuse et/ou pseudo-occlusion par envahissement rétropéritonéal	Émollient (docusate sodique=Colace) Stimulants (sénosides=Sénokot) ou/et (lactulose=Céphulac) ou/et (bisacodyl=Dulcolax) <i>cf chapitre 4</i> Éviter laxatif stimulant, si occlusion	100 à 1 600 mg par 24h 8,6mg ou 12mg : 1 à 2 co. die à qid 15 à 60 ml par 24h 5 à 15 mg die à tid p.o.
Spasmes musculaires	Contractions musculaires douloureuses du tractus digestif ou de la vessie	Anticholinergiques butylbromure d'hyoscine= Buscopan Glycopyrrolate Bromhydrate de Scopolamine	10 à 20 mg s.c. q 6-8 heures prn 0,2 à 0,4 mg s.c. q 4 heures 0,2 à 0,4 mg s.c. q 4-8 heures ou timbre transdermique q 3 jours Il est possible d'utiliser plus d'un timbre selon la réponse (maximum 3 timbres)
Douleur			Traitement de la douleur selon la cause
Occlusion	Blocage possible de l'estomac jusqu'au rectum	Octréotide (Sandostatin)	50 à 200mcg s.c. tid max 900mcg/jour Consulter équipe des soins palliatifs
Occlusion	Blocage par envahissement néoplasique péri-intestinal	Corticostéroïdes (Dexaméthasone)	4 à 20 mg par 24 h heures s.c. ou p.o. au départ. Si le patient répond, donner dose minimale p.o. Si inefficace, consulter l'équipe des soins palliatifs
Saignement du tractus digestif	Stase gastrique Envahissement néoplasique de la muqueuse Ulcère de stress Ulcère peptique	Anti-H2 : Ranitidine (Zantac) Famotidine (Pepcid s.c.) IPP : Lansoprazole (Prevacid) Esomeprazole (Nexium) Autres : Oméprazole Pantoprazole Rabéprazole	50 mg s.c. q 8 heures 20 mg s.c. bid 30 mg die à bid à saupoudrer sur les aliments (compote de pommes) ou dans du jus 40 mg die à faire fondre dans un verre d'eau et administrer à l'intérieur de 30 minutes 20mg die à bid } ne pas 40mg die à bid } saupoudrer 20mg die à bid } ou faire fondre

¹ Contre-indiqué en cas d'occlusion haute (proximal à l'angle de Treitz)

² Le métoclopramide est le seul prokinétique injectable

³ CTZ (chemoreceptor trigger zone) = zone chémoréceptrice réflexogène ou bulbaire

Ascite

Définition

Accumulation de liquide dans la cavité abdominale.

Causes

15 à 50% des patients atteints de cancer développeront de l'ascite. L'ascite se rencontre surtout dans les néoplasies de l'ovaire, de l'endomètre, du sein, du colon, de l'estomac et du pancréas.

Symptômes

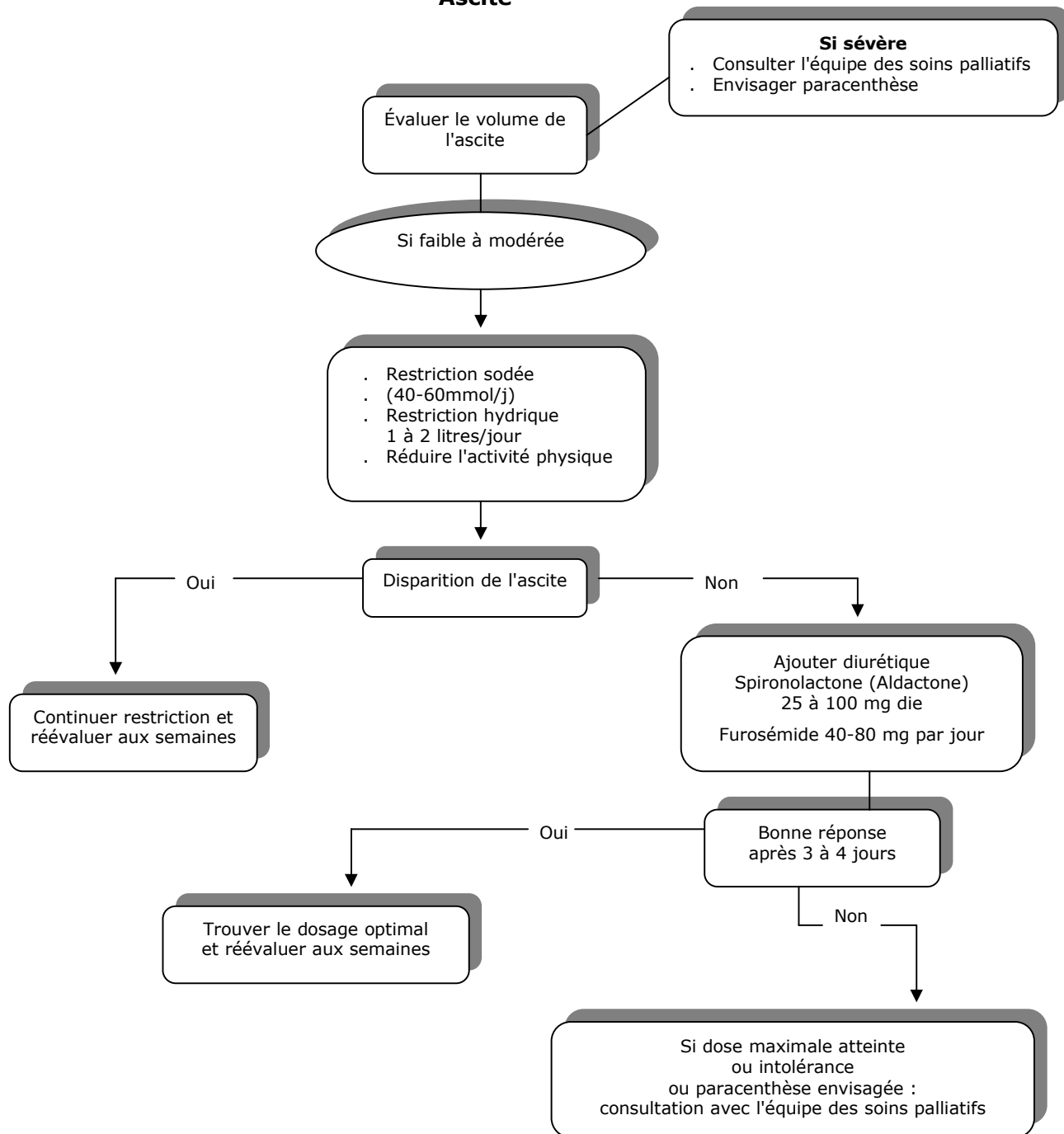
- ◆ Ballonnement abdominal.
- ◆ Augmentation de poids.
- ◆ Diminution de l'appétit.
- ◆ Reflux gastro-oesophagien.
- ◆ Dyspnée.

Objectif

Diminuer les symptômes de l'ascite sous tension.

Approche thérapeutique

Algorithme 7.1
 Ascite



Hoquet

Définition

Contraction spasmodique soudaine du diaphragme qui se termine par la fermeture brusque de la glotte, produisant alors un bruit.

Causes

Principales causes organiques de hoquet en phase terminale¹

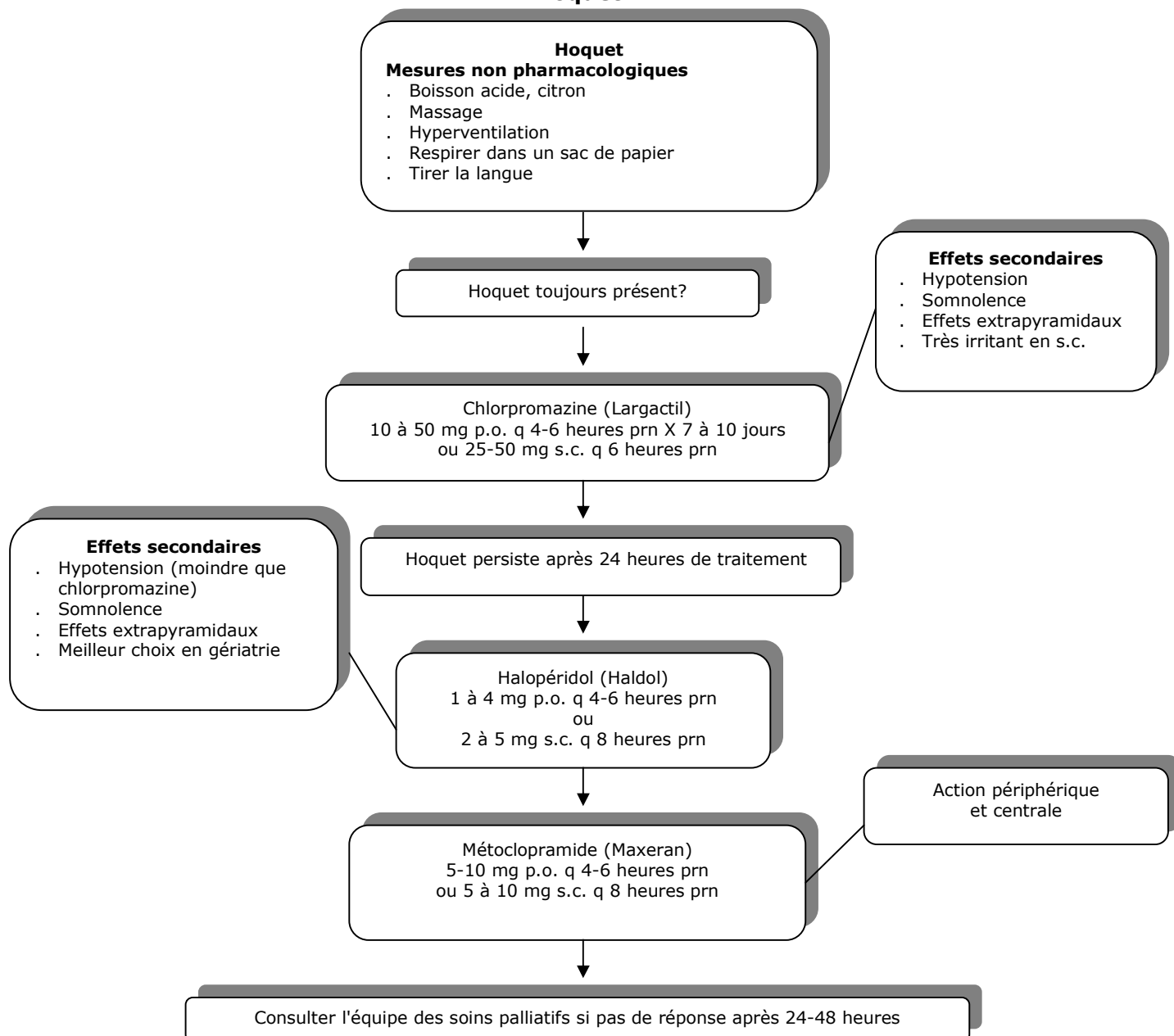
- Irritation diaphragmatique
- Toxique – Métabolique
- Distension gastrique
- Tumeur du système nerveux central
- Irritation du nerf vague
- Médication :
 - . Méthylidopa
 - . Dexaméthasone
 - . Méthylprednisolone IV
 - . Benzodiazépines
 - . Barbituriques
 - . Anesthésiques
 - . Sulfamides

¹ Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.112

Approche thérapeutique

Selon l'A.P.E.S., la plupart des traitements proposés sont empiriques; peu de données scientifiques ont été publiées sur ce sujet et la recherche reliée est à peu près inexistante.

Algorithme 8.1 Hoquet



Dyspnée

Définition

Sensation subjective d'inconfort, d'étiologies multiples, associée à l'acte de respirer.

Étiologie

Tableau 9.1
Étiologie de la dyspnée

Directement causée par le cancer ▪ Atteinte parenchymateuse, primaire ou métastatique ▪ Épanchement pleural ▪ Syndrome de la veine cave supérieure ▪ Lymphangite carcinomateuse ▪ Obstruction intrinsèque ou extrinsèque des voies aériennes par la tumeur ▪ Tumeur de la sphère ORL ▪ Ascite – hépatomégalie ▪ Adénopathie hilare et médiastinale ▪ Épanchement péricardique ▪ Atteinte pleurale ▪ Douleur ▪ Métastases osseuses ▪ Métastases diaphragmatiques
Indirectement causée par le cancer ▪ Anémie ▪ Cachexie ▪ Embolie pulmonaire ▪ Pneumonie (aspiration) ▪ Fièvre ▪ Acidose métabolique ▪ Radiothérapie ▪ Chimiothérapie ▪ Distension gastrique ▪ Anxiété ▪ Atteinte psychologique ▪ Douleur
Non reliée au cancer ▪ MPOC ▪ Insuffisance cardiaque, infarctus ▪ Anxiété ▪ Obésité ▪ Fatigue des muscles respiratoires, etc. ▪ Atteintes psychologiques (conflits, peur)

Principes généraux

- ◆ Le traitement doit toujours être orienté vers le contrôle spécifique des mécanismes sous-jacents.
- ◆ Ne pas sous-estimer les difficultés respiratoires car elles ont un impact sur la qualité de vie du patient et de la famille.

Approche thérapeutique

◆ **Approches non pharmacologiques**

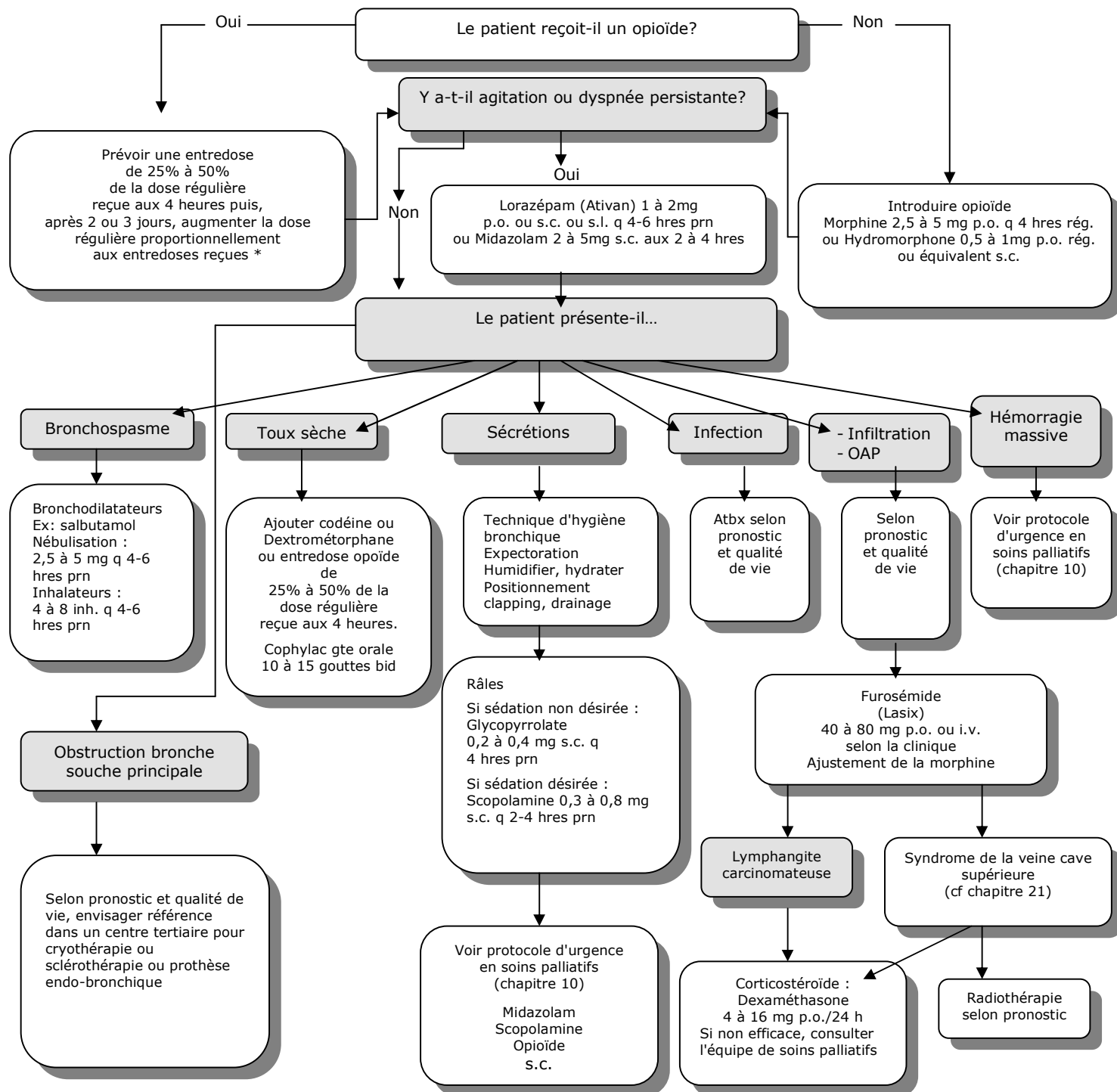
- Réassurer le patient et la famille et expliquer les mécanismes physio-pathologiques s'ils sont connus.
- Aération adéquate de la pièce – ventilateur.
- Exercices respiratoires.
- Relaxation.
- Surélévation de la tête du lit.
- Accompagner le patient durant l'épisode (réassurance).
- Positionnement.
- Soins de bouche adéquats.
- Oxygène de confort (PRN).
- Éviter les irritants (ex.: fumée).

◆ **Approches pharmacologiques**

Lors de l'évaluation de la dyspnée, il est important de toujours évaluer les mécanismes sous-jacents et d'orienter notre traitement en conséquence.

L'algorithme 9.1 de la page suivante présente les opioïdes en premier lieu car ils sont souvent oubliés dans le traitement de la dyspnée en soins palliatifs. Ils font partie de l'arsenal thérapeutique, ils sont d'une aide significative en conjonction avec le traitement des causes spécifiques de la dyspnée.

Algorithme 9.1 Approches pharmacologiques de la dyspnée



* Ex.: M Eslon 30mg bid = Morphine 10mg q 4 h rég.
 = HydromorphContin 6mg bid = Dilaudid 2mg q 4 h rég.
 = Duragesic 25mcg/h

donc : ED pour dyspnée de 25 à 50% de la dose régulière reçue
 aux 4 heures soit : 2,5 à 5mg PRN de morphine = 0,5 à 1mg PRN d'hydromorphone

Si patient souffrant et dyspnéique, administrer l'ED prescrite pour la douleur.

Protocole d'urgence en soins palliatifs

Informations générales

Définitions

Le protocole d'urgence est une mesure visant à contrôler une condition clinique potentiellement terminale chez tout patient en soins palliatifs ... (de fin de vie...) afin de lui apporter un niveau de bien-être optimal.

Nous pouvons ici définir la détresse comme étant une condition clinique (respiratoire, hémorragique, épisode douloureux) qui subjugue tous les aspects (physiologiques, sociaux, culturels, environnementaux, émotionnels et cognitifs) de la vie d'un individu.

Indications et objectif du protocole d'urgence

Indications : afin de simplifier l'utilisation du protocole, l'épisode douloureux n'a pas été retenu dans les indications.

- 1- Détresse respiratoire aiguë
- 2- Hémorragie aiguë sévère

L'objectif principal du protocole d'urgence est de contrôler rapidement et efficacement une condition clinique potentiellement terminale et/ou une source de détresse **pour le patient**. Dans les 20 minutes suivant l'administration du protocole, nous nous attendons à ce que le patient **soit calme ou sous sédation** et cela même si certains signes cliniques demeurent (tachypnée, sécrétions bronchiques, hémorragie persistante etc.).

Pré-requis

1. S'assurer d'avoir une ordonnance ou une confirmation de non-réanimation (sauf en maison de soins palliatifs où la non-réanimation est un pré-requis à l'admission) au dossier avant la prescription du protocole **et** avant son administration.
2. S'assurer que le patient et sa famille comprennent bien le niveau de soins. Tout patient sous chimiothérapie ou radiothérapie palliative, ou sous soins de confort pour toute autre pathologie qu'une néoplasie, devrait pouvoir bénéficier de la prescription et de l'application d'un protocole d'urgence.
3. S'assurer que le patient et sa famille comprennent bien l'objectif du protocole.
4. S'assurer que le personnel et la famille (lorsque le patient est à domicile) ont reçu une formation adéquate leur permettant de reconnaître les situations cliniques visées par le protocole d'urgence et possèdent les habiletés requises pour administrer le protocole.
5. S'assurer que le personnel et/ou la famille sont aptes à prodiguer les soins post-protocole.
6. S'assurer que le médecin de garde peut être rejoint afin d'ajuster le protocole au besoin et prescrire les ajustements de médication nécessaires post protocole.

Principes de base

1. L'ordonnance est utilisable une seule fois (elle peut inclure une ou des répétitions) par épisode de détresse. Elle doit être réévaluée et modifiée au besoin.
2. La voie d'administration la plus simple et la plus rapide **est la voie sous-cutanée**, idéalement en sous-claviculaire ou thoracique haut. Il faut éviter les sites ayant été irradiés ou affectés par le cancer. Beaucoup plus rarement, nous prévoyons un accès intra-veineux. Pour les patients jugés à haut risque, il faudra parfois penser à conserver le protocole au chevet du patient, dans un tiroir ou une armoire, à l'abri de la lumière.
3. Contrôler rapidement et efficacement la détresse en choisissant la médication et le dosage le plus approprié pour notre patient.
4. Avoir une procédure d'administration simple et sécurisante pour le patient, le personnel et la famille.
5. Pour l'utilisation à domicile et chez le patient jugé à haut risque dans un milieu où le personnel est rarement confronté à de telles situations, il faudrait prévoir, lorsque le patient devient précaire, l'installation de papillons bien identifiés de même qu'un ordre précis d'administration de la médication. Les seringues devront avoir été bien identifiées et numérotées au préalable.
6. La préparation sous hotte de la médication par la pharmacie de l'hôpital ou par la pharmacie communautaire permet de conserver facilement la médication dans un endroit sombre, à la température de la pièce ou au réfrigérateur pour plusieurs jours.
7. L'administration du protocole requiert une évaluation constante jusqu'à stabilisation. **Lorsque le patient est à domicile, l'infirmière de garde sera avisée immédiatement avant ou après l'administration du protocole. Elle se rendra au domicile pour évaluer le patient et s'assurer des soins post protocole.**
8. Le patient doit être ré-évalué afin de prévenir un nouvel épisode de détresse.
9. Il faut conserver le niveau de confort obtenu et évaluer la pertinence d'une sédation.
10. S'assurer que les mesures environnementales permettant de créer un climat de sécurité et de confiance ne sont pas négligées.

Informations pharmacologiques

1. Les benzodiazépines

Nous ne traiterons ici que du midazolam; c'est la molécule la plus utilisée pour cette indication en soins palliatifs. Dans certains milieux, les cliniciens préféreront utiliser le lorazépam dont la demi-vie est plus longue.

Le midazolam

Nom commercial : Versed

Concentration utilisée : 5 mg/ml

Le midazolam est une benzodiazépine hydrosoluble au point d'injection, d'où moins de douleur, et liposoluble au pH physiologique, d'où un passage rapide de la barrière hémato-encéphalique. L'effet recherché est la sédation qui débute dans les 10 premières minutes suivant **l'administration sous-cutanée**. Il cause, de plus, une amnésie antérograde.

En soins palliatifs, le midazolam est utilisé principalement et presque exclusivement par voie sous-cutanée. La pharmacocinétique est alors beaucoup plus proche de la voie i.m. La plupart des patients recevant déjà des opioïdes ou en recevant simultanément dans le protocole d'urgence verront le début d'action survenir en ± 10 minutes.

Lorsque préparé sous hotte dans une seringue de polypropylène, il se conserve 36 jours à la température de la pièce (max. 25° C), à l'abri de la lumière.

À titre d'information, il est opportun de noter que, selon la voie d'administration, le midazolam peut exercer des effets sédatifs-hypnotiques ou induire l'anesthésie :

- i- I.M. : effets sédatifs après 15 minutes, sédation maximale en 30 à 60 minutes (0,07 à 0,08 mg/kg) 50% de la dose chez personne âgée. Ex.: 70 kg = 5 mg
- ii- I.V. lent (2 à 3 minutes) : sédation permettant la réponse verbale en 3 à 6 minutes; dose dépendant de l'âge : < 55 ans 2 à 2,5 mg et parfois moins même si pas de prémédication opioïde, >55 ans 1 à 1,5 mg. Si reçoit opioïde, réduire les doses de 30%
- iii- I.V. lent (20 à 30 secondes) : sans prémédication opioïde = induction de l'anesthésie en 2 à 2,5 minutes; dose dépendant de l'âge et de la présence d'une maladie systémique débilitante : dose de 0,15 à 0,35 mg/kg. Ex.: 70kg = 10 à 24 mg
- iv- I.V. lent (20 à 30 secondes) : avec prémédication opioïde = induction de l'anesthésie en 1,5 minute; dose dépendant de l'âge et de la présence d'une maladie systémique débilitante; dose de 0,15 à 0,35 mg/kg. Ex.: 70kg 10 à 24 mg. Vu la prémédication avec opioïde, nous commencerons par le dosage le plus faible.

2. Les opioïdes

Morphine et hydromorphone

Ce sont les agents pharmacologiques les plus efficaces pour le contrôle symptomatique de la dyspnée. Plusieurs études ont démontré que les opioïdes diminuent la dyspnée sans évidence de dépression respiratoire lorsqu'ils sont utilisés de façon judicieuse. Il faut donc démystifier leur utilisation auprès des cliniciens. Aucune diminution significative de la PaO₂ n'a été notée après l'administration d'opioïdes à doses titrées.

Il demeure important de garder en mémoire que l'augmentation de la PaCO₂, détectée au niveau du tronc cérébral, est un stimulateur puissant de la respiration. Le mécanisme d'action des opioïdes n'est pas encore bien compris. Toutefois, au niveau des chémorécepteurs du tronc cérébral, ils semblent provoquer, par leur effet dépressur, une augmentation du seuil de sensibilité à la PaCO₂.

Les opioïdes ont aussi un effet au niveau des récepteurs périphériques respiratoires et vasculaires, de même qu'un effet sédatif central. C'est l'interaction de tous ces mécanismes qui explique leur utilité dans le traitement de la dyspnée et de la détresse respiratoire.

La concentration **utilisée** dépendra de la dose: de 1 à 50 mg/ml pour la morphine et de 2 à 10 mg/ml pour l'hydromorphone.

3. Les anticholinergiques

Les anticholinergiques utilisés en soins palliatifs pour le contrôle de la détresse respiratoire ont principalement une activité antimuscarinique. Ils sont donc des antagonistes des symptômes muscariniques au niveau des muscles lisses, du muscle cardiaque, des glandes exocrines, des ganglions nerveux thoraciques et du S.N.C. Ces antagonistes ne causent généralement pas d'effet auprès des récepteurs nicotiniques. Ces symptômes muscariniques sont : l'augmentation des sécrétions nasales, buccales, pharyngées et bronchiques, le bronchospasme, la bradycardie et l'hypermotilité intestinale. En soins palliatifs, nous utilisons principalement le glycopyrrolate et la scopolamine.

Le glycopyrrolate

Il traverse peu la barrière hémato-encéphalique, d'où moins d'effets sédatifs et pas de propriété amnésiante telle que le bromhydrate d'hyoscine (scopolamine). Cette propriété du glycopyrrolate est intéressante à domicile, cela diminuera le risque de délirium parfois associé à l'utilisation du bromhydrate d'hyoscine. Les effets sédatifs et amnésiants reposeront alors sur le midazolam. Il est bien absorbé en sous-cutané, le principal inconvénient étant le volume utilisé car il se présente à une concentration de 0,2 mg/ml. Il est plus efficace que l'atropine pour diminuer la sécrétion salivaire. Il causera aussi moins d'arythmie.

Le bromhydrate d'hyoscine (scopolamine) :

Contrairement à l'atropine, la scopolamine traverse facilement la barrière hémato-encéphalique d'où ses effets sédatifs et amnésiants. À dose thérapeutique, la scopolamine provoque une dépression du S.N.C. qui se manifeste, entre autres, par de la sédation, de l'amnésie, de la fatigue et un sommeil sans rêve. L'effet amnésiant débute dans les 10 premières minutes et dure environ 2 heures. Son effet sédatif débute dans les 30 minutes et dure entre 2 et 4 heures.

En présence de douleur sévère, elle peut causer de l'excitation, de l'agitation, des hallucinations et un délirium. Ces effets stimulants surviennent régulièrement lorsque des doses élevées de scopolamine sont utilisées. Il faudra donc demeurer vigilant chez le patient en recevant régulièrement. Au niveau cardiaque, à petite dose de 0,1 à 0,2 mg, elle peut causer une bradycardie plus importante que l'atropine à dose de $\leq 0,4$ à 0,5mg tandis qu'à dose plus élevée, elle va initialement causer une tachycardie suivie, après environ 30 minutes, d'un retour au rythme cardiaque normal ou d'une bradycardie. Il s'agit d'une information importante pour le personnel infirmier dans l'évaluation et le suivi des patients recevant de petites doses de scopolamine administrées pour contrôler les sécrétions bronchiques. Elle se présente en ampoule de 0,4 et 0,6 mg/ml.

Tableau 10.1
Présentation et stabilité en seringues des médicaments
utilisés dans le protocole d'urgence

	Présentation	Stabilité en seringues préparation sous hotte	Stabilité en seringues préparation au chevet ¹
Bromhydrate d'hyoscine (Scopolamine)	0,4 et 0,6 mg/ml	14 jours, seul en seringue, protéger de la lumière T° de la pièce	24 hres T° ambiante
Glycopyrrolate (Robinul)	0,4 mg/2ml	7 jours, seul en seringue, <u>réfrigérer</u>	24 hres
Hydromorphone (Dilaudid)	10 mg/ml	Non dilué, pas de perte à 30 jours à 30°C	24 hres T° ambiante 72 hres réfrigérateur
Midazolam (Versed)	5 mg/ml	Non dilué, pas de perte à 36 jours, 25°C protégé de la lumière	24 hres T° ambiante
Morphine	1, 2, 5, 10, 25, 50 mg/ml	≥ 69 jours, dégradation acceptable, entre 22,8 et 25,3°C	24 hres T° ambiante 72 hres réfrigérateur

¹ Lors de préparation au chevet du patient, la durée de conservation si courte est consécutive à une préparation non stérile et donc au risque de contamination.

Afin d'éviter toute confusion dans l'utilisation quotidienne des protocoles, nous recommandons lors de la préparation :

1. Préparation sous hotte :
 - . de changer les seringues de morphine, d'hydromorphone et de versed aux 30 jours
 - . de changer les seringues de glycopyrrolate et de bromhydrate d'hyoscine aux 7 jours.
2. Préparation au chevet :
 - . de changer toutes les seringues aux 24-48 heures.

Informations tirées du Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, du protocole d'urgence de la Maison Michel Sarrazin et des recherches de Mme Anne-Catherine McDuff, pharmacienne.

Tableau 10.2
Compatibilité et stabilité en seringues des médicaments
utilisés dans le protocole d'urgence

	Compatibilité	Stabilité
Morphine + bromhydrate d'hyoscine ¹	physique	15 min
Morphine 15 à 30 mg + glycopyrrolate	physique et pH stable	48 h à 25°C
Morphine + midazolam (dose inconnue)	physique	24 h TP ²
morphine 10 mg + midazolam 5 mg	physique	4 h à 25°
Hydromorphone + bromhydrate d'hyoscine ¹	physique	30 min
Hydromorphone 2 à 4 mg + glycopyrrolate	physique et pH stable	48 h à 25°C
Hydromorphone 2 mg + midazolam 5mg	physique	4 h à 25°C
Morphine + bromhydrate d'hyoscine ¹ + Midazolam	physique et pH, si ajout de NaCl 0,9% 60 à 250ml	Protégé de la lumière 25°C 5 à 7 jours
Morphine + glycopyrrolate + Midazolam	Pas de données	_____
Hydromorphone + bromhydrate d'hyoscine ¹ + midazolam	Pas de données	_____
Hydromorphone + glycopyrrolate + Midazolam	Pas de données	_____

¹ scopolamine

² TP : température de la pièce

Composition du protocole

- 1) Seringue # 1 : une benzodiazépine (généralement le midazolam)
- 2) Seringue #2 : un opioïde (morphine, hydromorphone)
- 3) Seringue #3 : un anticholinergique (bromhydrate d'hyoscine (scopolamine), glycopyrrolate)

Toute la médication peut être administrée dans le même papillon. Toutefois, pour des questions de volume, il est plus simple d'utiliser 2 papillons. Administrer les seringues #1 et #2 dans un papillon et la seringue #3 dans un autre papillon (ou directement en sous-cutané lorsqu'un seul papillon est installé et que du personnel qualifié est au chevet du malade). Idéalement, il faudra s'être assuré que ces papillons n'étaient pas utilisés pour d'autres médicaments (il est à noter que, dans une situation d'urgence telle qu'une détresse respiratoire, le plus important est de soulager le patient; cette dernière considération peut alors devenir secondaire).

L'utilisation du protocole d'urgence avec 3 agents combinés dans une même seringue repose uniquement sur l'expérience clinique. La principale limite demeure le bromhydrate d'hyoscine (scopolamine). Nous recommandons donc l'administration des trois agents combinés uniquement lorsque les accès sont limités et que du personnel infirmier est sur place. L'injection doit alors se faire lentement en environ 3 minutes (à cause du volume) dès que le mélange est prêt.

Protocole d'urgence – ordonnance médicale

La principale indication du protocole d'urgence demeure la détresse respiratoire.

Vu les stabilités variables en seringue, il sera plus simple **de préparer le protocole en trois seringues** différentes avec enseignement approprié au personnel et/ou à la famille.

- 1) Seringue #1 : une benzodiazépine (généralement le midazolam)
- 2) Seringue #2 : un opioïde (morphine, hydromorphone)
- 3) Seringue #3 : un anticholinergique (bromhydrate d'hyoscine (scopolamine), glycopyrrolate)

En CHSGS, la préparation en deux seringues est d'utilisation simple et rapide; on gardera l'anticholinergique seul dans la 3^e seringue.

**Pré-requis
obligatoires :**

- ☐ **Pas de réanimation cardio-respiratoire**
☐ **Patient en soins de confort :** ☐ soins de niveau terminal
☐ intervention minimale guidée par le confort de la personne
ou ☐ tel que discuté par le médecin

ORDONNANCE MÉDICALE

- Indication :** ☐ **Si détresse respiratoire aiguë**
☐ **Si hémorragie sévère**

Médicament	Dose	Commentaires	Fréquence
Midazolam (Versed)	☐ 2,5 mg s.c. ☐ 5 mg s.c. ☐ 10 mg s.c. ☐ ____mg s.c.	⇒ Patient âgé ou débilité ⇒ Benzo. PRN – ou die à bid régulier ⇒ Benzo. > tid-qid régulier ⇒ Si Benzo. hautes doses ou tolérance	NR Rép. : _____ _____
Morphine	☐ ____mg s.c.	Généralement, on utilise de 50 à 100% de la dose reçue régulièrement aux 4 heures Dose minimale recommandée 2,5 mg s.c. Dose maximale recommandée 50 mg s.c.	NR Rép. : _____ _____
OU			
Hydromorphone (Dilaudid)	☐ ____mg s.c.	Généralement, on utilise de 50 à 100% de la dose reçue régulièrement aux 4 heures Dose minimale recommandée 0,5 mg s.c. Dose maximale recommandée 10 mg s.c.	NR Rép. : _____ _____
Bromhydrate de hyoscine (Scopolamine)	☐ 0,4 mg s.c. ☐ 0,6 mg s.c. ☐ ____mg s.c.	Dose maximale 0,8mg aux 2 heures	NR Rép. : _____ _____
OU			
Glycopyrrolate (Robinul)	☐ 0,2 mg s.c. ☐ 0,4 mg s.c. ☐ 0,6 mg s.c.	⇒ 40 – 80 kg, patient n'en reçoit pas ⇒ > 80 kg ou patient en reçoit régulièrement ⇒ Patient en reçoit régulièrement + probl. de sécrétions bronchiques ++ et C.I. au bromhydrate d'hyoscine	NR Rép. : _____ _____

N.B. : Aviser le médecin de garde immédiatement après la 1^{ère} administration ou la Centrale 24/7.

N.B. : La répétition de chaque médication plus d'une fois sans avis médical est déconseillée.

Date

Signature du médecin

No pratique

Nom du médecin

Guide de prescription

NOTES :

1. Comme tout guide de prescription, cet outil a pour objectif de guider le praticien dans la rédaction de l'ordonnance. Il ne remplace pas le jugement clinique ou le besoin de consulter un confrère ou une équipe de soins palliatifs.
2. Les doses à prescrire pour la médication figurent dans la section COMMENTAIRES de l'ordonnance médicale.
3. Les principaux points couverts dans ce guide concernent la section FRÉQUENCE et la conduite à tenir lorsque le patient ne présente pas la réponse clinique attendue après l'administration du protocole d'urgence.

Fréquence d'administration

Le médecin traitant ou de garde devrait être avisé après la première administration du protocole d'urgence et ce, même si une ou des répétitions sont prévues.

Objectifs :

1. Supporter le personnel faisant face à une situation potentiellement terminale.
2. Être prêt à réagir en cas de non réponse au protocole.
3. Prévoir les prescriptions subséquentes, si aucune répétition n'est prévue, pour contrôler l'épisode de détresse.

Lors de la rédaction de l'ordonnance : ne pas répéter plus d'une fois chaque médication.

Si des répétitions supplémentaires sont nécessaires, il est important de réviser les doses administrées et d'évaluer l'utilisation d'une médication adjuvante.

Un délai de 20 minutes est souhaitable entre chaque répétition; cela permet à toute la médication d'être absorbée et d'évaluer la réponse clinique.

Particularités

1. Midazolam

L'administration du midazolam comme agent inducteur de l'anesthésie se fait par voie intra-veineuse. Les doses alors nécessaires sont moindres qu'en sous-cutané et le début d'action est très rapide, 1,5 à 5 minutes. L'utilisation sous-cutanée nous permet d'utiliser le midazolam de façon sécuritaire avec moins de risque de dépression respiratoire; cette dernière n'est toutefois pas un effet fréquent des benzodiazépines utilisées seules, mais peut survenir de façon significative lors de l'induction i.v. de l'anesthésie.

L'effet du midazolam peut s'observer dans les 10 premières minutes suivant son administration sous-cutanée, certains cliniciens préféreront le répéter plus rapidement que l'intervalle recommandé. Cette pratique est acceptable dans certaines situations lorsqu'aucune réponse clinique n'est observable.

2. Les anticholinergiques

Le bromhydrate d'hyoscine (scopolamine)

La sédation provoquée par le bromhydrate d'hyoscine (scopolamine) débute dans les 30 minutes suivant son administration. Elle potentialise donc la sédation obtenue par le midazolam. Vu l'urgence d'agir lors de détresse respiratoire ou de détresse hémorragique, la répétition de la scopolamine après 20 minutes est une pratique adéquate.

Vu les doses maximales recommandées de scopolamine (0,8mg/2heures), des répétitions excédant ce maximum n'apporteront pas de bénéfices cliniques objectivables.

Le glycopyrrolate

Sa répétition plus d'une fois n'est pas recommandée. Il a une durée d'action prolongée offrant une protection plus longue que celle procurée par la scopolamine.

3. L'opioïde

Chez le patient jugé à haut risque de détresse respiratoire : prescrire l'opioïde à une dose équivalente à 100% de la dose reçue en sous-cutané aux 4 heures. Cette dose pourra être répétée après 20 minutes. S'il n'y a pas de réponse clinique 20 minutes après la deuxième dose, envisager une dose plus élevée de 50 à 100% ou l'utilisation d'une médication adjuvante. Si la dose initiale est de 50% de la dose reçue en sous-cutané aux 4 heures, procéder de la même façon.

Médication adjuvante :

Si la réponse au protocole d'urgence est incomplète, c'est-à-dire sédation insuffisante, signes ou symptômes de détresse respiratoire, une médication adjuvante peut être utile :

Le méthotriméprazine (nozinan) représente une médication de choix. Par ses effets analgésiques, sédatifs et anxiolytiques, il potentialisera la médication utilisée dans le protocole. La dose recommandée est de 25 à 50 mg s.c.

Le phénobarbital injectable n'est plus disponible; nous devons obtenir une autorisation de Santé Canada pour en obtenir.

Protocole d'urgence : feuille de route

Pré-requis : On pourra s'assurer de ces pré-requis dès que la prescription est relevée et que la médication est disponible.

- ☐ Ordonnance de non réanimation au dossier ou au chevet du patient.
- ☐ Niveau de soins et objectifs du protocole expliqués à la famille.
- ☐ Utilisation du protocole expliquée à la famille (lorsque le patient est à domicile).
- ☐ Soins post protocole enseignés à la famille (lorsque le patient est à domicile).
- ☐ Infirmière et médecin de garde disponibles en tout temps.

Soins post protocole

1. Si le patient revient à son état antérieur :
 - ☐ Réévaluer la composition du protocole.
 - ☐ À domicile, s'assurer qu'il y a un autre protocole de prêt en cas de récurrence de détresse.
 - ☐ Réviser la médication usuelle afin de prévenir un nouvel épisode de détresse.
 - ☐ Supporter la famille dans l'épreuve et s'assurer, si le patient est à domicile, que la famille désire poursuivre les soins à domicile.
2. Si le patient demeure inconscient et qu'il y a évolution vers le décès :
 - ☐ Si le patient est à domicile, s'assurer que la famille a tout le support nécessaire si elle désire poursuivre les soins à domicile.
 - ☐ Réévaluer la médication avec le médecin de garde afin de prévoir le sous-cutané.
 - ☐ Réévaluer la composition du protocole d'urgence.
 - ☐ À domicile, s'assurer qu'il y a un autre protocole de prêt en cas de récurrence de détresse.
 - ☐ Débuter la mobilisation régulière du patient chaque 2 heures.
 - ☐ Accentuer les soins de bouche et les soins oculaires aux 2 heures.
 - ☐ Surveiller la rétention urinaire.
 - ☐ Revoir les mesures environnementales afin que le patient et sa famille se retrouvent dans une atmosphère calme et sécurisante.

Déshydratation

Définition

La déshydratation en phase terminale est un phénomène naturel caractérisé par un déséquilibre sodique et hydrique en fin de vie.

Principes généraux

Il s'agit d'un phénomène naturel qui, la plupart du temps, n'exige que des soins de base appropriés et un ajustement au besoin de la thérapie médicamenteuse.

- ◆ La déshydratation isotonique est la forme la plus commune en soins palliatifs.
- ◆ Il faut se souvenir que les symptômes classiques de déshydratation (soif, sécheresse de la bouche) sont souvent masqués chez le patient qui se meurt.
- ◆ Il faut toujours s'interroger s'il y a pertinence d'intervenir :
 - Quel est l'état général du malade (cachexie, envahissement, défaillance, espérance de vie)?
 - Quel est le degré apparent de déshydratation?
 - Le patient se plaint-il d'avoir soif malgré de bons soins buccaux?
 - Certains éléments de l'état actuel du patient sont-ils réversibles?
 - Y a-t-il possibilité de répondre suffisamment aux besoins apparents d'hydratation par voie orale?
 - Quels sont les désirs du patient et de ses proches?
- ◆ Dans certaines situations, l'hydratation est indiquée:
 - Hypercalcémie symptomatique selon le pronostic.
 - Obstruction intestinale chez un patient avec un bon état général chez qui on envisage une dérivation palliative.
 - Tableau infectieux chez un patient en bon état général et avec un pronostic vital bon à court et moyen terme.
 - Parfois, les demandes insistantes de la famille et de l'entourage peuvent devenir incontournables.
- ◆ Il faut retenir que les besoins de base en hydratation en phase palliative se situent aux environs de 1 litre par jour.

Approche thérapeutique

- ◆ Soins de bouche méticuleux.
- ◆ Si, après évaluation globale de la situation et discussion avec le patient et/ou ses proches, une réhydratation est envisagée, trois options thérapeutiques sont possibles :
 - **option sous-cutanée par hypodermoclyse** : il s'agit de la méthode de choix lorsque le maintien de l'hydratation par voie orale est impossible ou sévèrement réduit (cf tableau 11.1)
 - **hydratation** intraveineuse : celle-ci est indiquée seulement s'il n'y a pas d'autre possibilité par voie sous-cutanée ni orale et qu'une voie veineuse est nécessaire pour une autre raison
 - **voie entérale** : cette voie d'administration est indiquée seulement chez les patients qui souffrent d'une dysphagie très sévère, par exemple dans les cancers O.R.L. ou digestifs hauts. Cette voie est indiquée également lorsque, en plus de la réhydratation, nous visons une nutrition. Il va s'en dire que le pronostic vital doit être bon à moyen terme.

Tableau 11.1 **Hypodermoclyse**

Zones : régions pectorale, scapulaire, abdominale

Éviter les zones cicatricielles, infectées, irradiées ou envahies. La littérature sur les soins prolongés indique que les cuisses et les bras sont des points de perfusion acceptables. Toutefois, le compartiment sous-cutané est très réduit et l'expérience montre que l'absorption n'y est pas suffisante. Il vaut mieux éviter ces zones.

Rotation des points de perfusion selon la tolérance des tissus du patient. Vérifier toute apparition de rougeur, d'œdème ou d'irritation du site.

Matériel

Papillon no 21 à 25 (peut être laissé en place plusieurs jours avec ou sans perfusion), tubulure.

Liquide

Solution salée 0,45% ou 0,9% avec ou sans dextrose à 5% (ajout de 10 à 20 mEq/l de KCl facultatif).

Débit

En continu : 20 à 80 ml/h ou en bolus intermittent de 100 à 300 ml/h si cela est bien toléré.

Volume quotidien

1 litre (max. 2 à 3 litres).

Référence : Médecin du Québec, vol. 34, no 5, mai 1999, p.85 à 87

Algorithme 11.1 Déshydratation

Principe de base

Le rôle de l'hydratation chez les patients en phase terminale est controversé. Une évaluation de la qualité de vie doit être faite avant d'entreprendre une hydratation massive chez un patient. Toutefois, la déshydratation est une cause connue de délirium et peut prédisposer à une toxicité aux opioïdes en raison de l'accumulation de métabolites excrétés par le rein.

Un apport quotidien suffisant de liquide peut aider à prévenir une déshydratation chez les patients en fin de vie (4 à 5 verres d'eau par jour).

Les besoins en eau des patients en stade terminal sont :

- Réhydratation : 2 à 2,54 l/jour
- Maintien : 1 à 1,5 l/jour
- Anurie : 0,5 l/jour

NB : il faut toujours s'interroger quant à la pertinence d'intervenir.

Cependant, lorsque la voie p.o. n'est plus possible, l'hypodermoclyse ou l'hydratation par voie sous-cutanée est la méthode de réhydratation à privilégier.

- Lorsque le patient se mobilise, des bolus d'une durée de 1 à 3 heures sont préférables ou par perfusion nocturne.
- Lorsque rien ne presse et que le patient est alité, une perfusion continue à faible débit prolongera la vie du site d'injection.

La voie intraveineuse ne sera que très rarement utilisée puisqu'elle comporte plusieurs désavantages : doit être connectée au patient en tout temps, risque d'infection, surveillance accrue lorsque pratiquée à domicile. En revanche, l'hypodermoclyse requiert peu de surveillance et peut être interrompue et reprise selon les activités du patient.

**Besoin de réhydratation évalué
versus
la qualité de vie**

Oui

Installer un papillon 24g sur un site aseptisé.
Perfusion à domicile?

Le choix du site dépendra de la mobilité du patient.

- Sous-clavière
- Thoracique antérieur
- Abdominal
- Partie supérieure de la hanche

Oui

Non

La perfusion se donnera alors par gravité pour simplifier les manipulations.
Il est à noter que, lorsque le site aura atteint sa capacité, le soluté cessera automatiquement de couler.

La perfusion peut se donner sous pompe ou par gravité. Lorsque la pompe est utilisée, une plus grande quantité de liquide peut être administrée, mais il faut être très vigilant et surveiller l'apparition d'œdème.

Le soluté choisi sera habituellement le NaCl 0,9% bien que les dextrosés ½ salin ou salin peuvent être utilisés. Le dextrose seul est à éviter (crée un appel d'eau).

On peut aussi rajouter de 10 à 30mEq de potassium par litre de soluté.

(Attention! Le potassium peut causer une irritation locale)

Le soluté doit être donné à raison de 20 à 150 ml/heure.
Le site d'injection doit être changé selon la tolérance des tissus du patient.

Anorexie et cachexie

Définition

Il s'agit de la forme la plus fréquente de malnutrition chez les patients cancéreux et sidéens. Elle se caractérise par une anorexie (↓ de l'appétit), une perte de poids, une fonte musculaire (cachexie) et une asthénie. Elle est souvent associée à une modification du goût.

Principes généraux

La malnutrition survient chez plus de 80% des patients cancéreux.

Se retrouve surtout chez les néoplasies digestives, pulmonaires et du sein.

Étiologie

Cette condition serait le résultat d'anomalies métaboliques provoquées par la tumeur elle-même et son interaction avec le système immunitaire du patient.

Approche thérapeutique

◆ Non pharmacologique :

- Favoriser la voie orale.
- Offrir des petits repas.
- Patient mange ce qu'il veut et quand il le veut.
- Respecter l'appétit du patient.
- Il faut manger par plaisir et non par obligation.
- Demander de l'aide (famille, diététiste).
- Connaître les goûts et les aversions du patient.
- Traiter les autres symptômes (douleurs, nausées).
- S'il y a lieu, exclure les causes réversibles.
- Nutrition entérique (tube naso-gastrique de Levine ou via stomie) à envisager selon le désir du malade, la condition médicale et le pronostic vital.
- Nutrition parentérale à proscrire.

◆ **Pharmacologique :**

- Corticostéroïdes : augmentation de l'appétit, augmentation de la sensation de bien-être.
À privilégier en soins palliatifs ou comme solution à court terme.
 - . Prednisone (Deltasone) 5 à 15mg die au déjeuner
 - . Dexaméthasone 2 à 8mg p.o. ou s.c. die

- Agents progestatifs : augmentation de l'appétit et/ou du poids.
 - * Megestrol(Megace) 400mg à 800mg par jour; cependant, des doses plus petites (ex.: 160mg die) peuvent également être essayées.
 - NB : Peu utilisé en pratique clinique compte tenu:
 - . de l'efficacité limitée à dose inférieure à 400 mg par jour
 - . des effets secondaires
 - . du prix élevé.

- Antihistaminiques :
 - . Cyproheptadine (Périactin) 4mg tid

- Agents prokinétiques : surtout si nausées présentes.
 - . Métoclopramide (Maxéran) ou dompéridone (Motilium) 10mg tid-qid

- Stimulant du SNC :
 - . Méthylphénidate (Ritalin), en particulier lorsque la fatigue prédomine.

Commencer à 5mg deux fois par jour, matin et midi, puis augmenter aux 3 à 7 jours si semble efficace ad 10 mg tid. Utile en gériatrie, débiter avec 2,5mg bid lorsque condition médicale associée.

* Référence : **Micromedex®** Healthcare Series. USP DI®, Thomson Healthcare, Inc. Copyright© 1974-2006.

Anxiété

Définition

- ◆ État de mise en alerte globale de la personne s'accompagnant de :
 - changements de l'humeur (inquiétude, irritabilité)
 - changements fonctionnels (diminution de la concentration)
 - changements végétatifs (insomnie)
 - hyperactivité sympathique (tremblements, diaphorèse, palpitations).

Principes généraux

- ◆ Reconnaître l'importance du psychisme sur la souffrance.
- ◆ Éliminer les facteurs de risque.
- ◆ Traiter l'anxiété pour éviter les complications telles que l'agitation, la panique.
- ◆ Penser à traiter la dépression s'il y a lieu.

Causes de l'anxiété

- ◆ Physiques : douleur – dyspnée – vomissements
- ◆ Stimuli : lumière – bruits, fréquence urinaire ↑
- ◆ Peur : de la mort – de la souffrance – de la solitude
- ◆ Médicaments : diurétiques – stéroïdes – sevrage
- ◆ Autres : métastase cérébrale, hypoxie, septicémie, délire, embolie pulmonaire, hyperthyroïdie

Approche thérapeutique

◆ Non pharmacologique

- Approche psychologique – information claire sur la maladie.
- Augmentation des activités le jour (si toléré).
- Contrôle de l'environnement (lumière, bruit).

◆ Pharmacologique

▪ Opioïdes

- Ajuster la dose d'analgésique et augmenter la dose au coucher si le patient se réveille avec de la douleur.
- Si dyspnée, entredose de 25 à 50% de la dose régulière reçue aux 4 heures.

▪ Benzodiazépines

- Voie orale = cf tableau 13.1
- Voie parentérale
 - Lorazépam (Ativan) : 0,5 à 4 mg s.c. q 4 à 6 heures prn
 - Midazolam (Versed) : 2 à 5 mg s.c., début d'action très rapide : 5 à 15 min. Effet maximal en 45 minutes. Durée d'action : 2 heures. Compte tenu du début d'action très rapide et de la courte durée d'action, le midazolam est très utile dans l'agitation terminale ou lorsqu'un contrôle rapide de la situation est nécessaire tout en ayant besoin de réévaluer rapidement l'état du patient afin d'ajuster la médication anxiolytique de base.

Il est aussi important de noter que le midazolam peut être donné per os ou par voie buccale transmuqueuse dans le sillon gingivo-labial, intra-nasale ou intra-rectale.

Pour information (Midazolam)¹ :

absorption buccale ou transmuqueuse : 30 minutes

absorption per os ou intra-rectale : 20 à 50 minutes

absorption intra-nasale : 25 minutes

biodisponibilité chez l'adulte: 36% orale

74% buccale ou transmuqueuse

50% intra-nasale

52% rectale

¹ Micromedex® Healthcare Series. USP DI®, Thomson Healthcare, Inc. Copyright© 1974-2006.

▪ **Antidépresseurs**

- . Sertraline (Zoloft) 50 à 200mg die p.o. (dose départ 25mg)
- . Venlafaxine (Effexor) 75 à 225mg die p.o. (dose départ 37,5mg)
- . Citalopram (Celexa) 10 à 60mg die
- . Escitalopram (Ciprallex) 5 à 20mg die

Il est important de commencer avec de petites doses et d'augmenter de façon très progressive, selon la réponse du patient et les effets secondaires observés.

– Si dépression et réveil précoce, choisir agents plus sédatifs * :

- . Amitriptyline (Élavil) 25 à 100mg hs p.o. (dose départ 10 à 25 mg p.o.)
- . Trazodone (Désyrel) 25 à 100mg p.o.
Précaution : effets anticholinergiques élevés, danger hypotension orthostatique
- . Mirtazapine (Remeron) dose départ 15mg/jour : effet sédatif
15 à 45mg/jour : effet anti-dépresseur

*** à prendre une heure avant le coucher; devancer l'heure de la prise du médicament s'il y a somnolence matinale.**

▪ **Neuroleptiques :**

Cf tableau 13.2

▪ **Alternatives si insomnie :**

- Prométhazine (Phénergan) 25 à 50mg hs p.o./s.c./i.m. seule ou associée à l'hydroxyzine (Atarax).
- Zopiclone (Imovane) 3,75mg à 7,5 mg hs
- Gabapentine (Neurontin) 100 à 300mg hs

Références :

Les soins palliatifs. Congrès F.M.O.Q. Avril 1999.
Doyle D., Hanks G.W., MacDonald N. Oxford Textbook of palliative medicine, Oxford University Press, New York, ed. 2004.
Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002.

Tableau 13.1
Benzodiazépines utilisées dans l'anxiété

BENZODIAZÉPINES	DEMI-VIES ¹	POSOLOGIES	COMMENTAIRES
Lorazépam (Ativan)	Intermédiaire 10 à 20h	0,5 – 2mg p.o. ou s.c. bid-tid; 1-4mg p.o. ou s.c. hs	Si anxiété épisodique ou situationnelle; début d'action rapide si administré sublingual Indiqué lors de myoclonie
Oxazépam (Serax)	Intermédiaire 5 à 20h	5-15mg p.o. tid – qid 10-30mg p.o. hs	Si anxiété Si insomnie
Témazépam (Restoril)	Intermédiaire 8 à 15h	15-30mg p.o. hs	Si insomnie
Flurazépam (Dalmane)	Longue 2 à 100h(peut être prolongé à 250h:métabolite)	15-30mg p.o. hs	À éviter chez patient > 70 ans
Clonazépam (Rivotril)	Longue 18 à 50h	0,25-4mg p.o. bid	Anxiété et myoclonie À éviter chez patient > 70 ans

Lorazépam (Ativan) et Oxazépam (Sérox) : premier choix chez la personne âgée.
Éviter les longues demi-vies en gériatrie.

¹ Anonyme. Rx Vigilance [Cédérom]. Repentigny : Vigilance Santé Inc. Version Mai 2006.

Tableau 13.2
Neuroleptiques utilisés comme adjuvants dans l'anxiété

NEUROLEPTIQUES	POSOLOGIES	COMMENTAIRES
Halopéridol (Haldol)	0,5 à 2mg tid à qid q 4 à 6 heures p.o. ou s.c.	Si anxiété avec nausées ou agitation; non sédatif
Méthotriméprazine (Nozinan)	10 à 100mg hs 10 à 50mg q 4 à 8 heures p.o. ou s.c.	Si insomnie avec agitation; effet analgésique; très sédatif; hypotenseur
Prochlorpérazine (Stémétil)	5 à 10mg tid à qid p.o. ou i.r.	Si anxiété avec nausées
Olanzapine (Zyprexa) *	2,5 à 10mg q 12 à 24 heures p.o.	
Risperidone (Risperdal) *	1 à 3mg q 12 à 24 heures p.o.	
Quetiapine (Seroquel) *	25 à 200mg q 12 à 24 heures p.o.	

Références :

- Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p. 171.
* Doyle D., Hanks G.W., MacDonald N. Oxford Textbook of palliative medicine, Oxford University Press, New York, ed. 2004.

Délirium

Définition

Dysfonction cérébrale globale le plus souvent d'origine multifactorielle caractérisée par une atteinte concomitante et fluctuante de :

- ◆ la mémoire
- ◆ l'affect
- ◆ l'intellect
- ◆ le jugement
- ◆ la psychomotricité
- ◆ l'orientation
- ◆ le cycle du sommeil
- ◆ la perception.

Selon le DSM IIIR et le DSM IV, les éléments essentiels au diagnostic sont :

- ◆ une altération de l'attention et de la vigilance qui se manifeste par une atteinte fluctuante de la capacité de concentration envers un stimuli externe
- ◆ une atteinte cognitive d'apparition récente qui ne peut être secondaire à une démence pré-existante
- ◆ développement de la dysfonction sur une courte période de temps (heures ou jours)
- ◆ mise en relief par l'histoire de la maladie, par l'examen clinique ou par l'investigation d'une condition médicale pouvant expliquer l'étiologie de la dysfonction.

Le délirium est un état de durée variable et est réversible contrairement à la démence. Sa prévalence peut atteindre 75% près du décès. Chez le patient mourant, il est toujours multifactoriel.

Symptômes psychologiques

Fébrilité, agitation psychomotrice, anxiété intense, irritabilité, confusion, délire, somnolence, hallucinations.

Symptômes physiques

Mouvements involontaires, spasmes musculaires, recherche incessante d'une position confortable dans le lit.

Causes réversibles du délirium

Cf tableau 14.1

Tableau 14.1
Causes possibles du délirium en soins palliatifs

Causes	Interventions
Médicaments ▪ Opioides (accumulation de métabolites si insuffisance rénale et déshydratation)	▪ Réduire la dose si la douleur n'est pas la cause du délirium ▪ Changer la classe d'opioïdes ▪ Réduire la dose si irritabilité musculaire ou si patient plus agité avec augmentation de la dose (réaction paradoxale)
▪ AINS ▪ Anticholinergiques ▪ Anticonvulsivants ▪ Anti-H2 ▪ Antiviraux ▪ Benzodiazépines ▪ Chimiothérapie ▪ Corticostéroïdes ▪ Digoxine ▪ Neuroleptiques : surtout ceux avec composantes anticholinergiques importantes (ex.: Chlorpromazine, Méthotriméprazine) ▪ Stimulant du SNC ▪ Théophylline	▪ Réviser la médication du patient et les interactions possibles ▪ Cesser la médication en cause ou inutile
Douleur non contrôlée	▪ Augmenter la dose d'opioïdes ▪ Changement de la voie d'administration ou augmentation de la dose de médicament
Sevrage ▪ Sevrage aux benzodiazépines ▪ Sevrage aux opioïdes ▪ Sevrage à l'alcool	▪ Ajustement des doses de benzodiazépines ▪ Ajustement des doses d'opioïdes ▪ Ajout d'une benzodiazépine
Constipation ▪ Fécalome	▪ Prévention et extraction du fécalome
Rétention urinaire	▪ Sonde vésicale
Maladie physique ▪ Immobilité physique ▪ Lit mouillé ▪ Prurit	▪ Changement de position
Infection ▪ Pneumonie ▪ Septicémie	▪ Selon le désir du patient et le stade de sa maladie
Dyspnée et/ou hypoxie	▪ Cf chapitre 9
Métaboliques ▪ Hypercalcémie ▪ Hyponatrémie ▪ Urémie ▪ Hyperglycémie et acidocétose ▪ Insuffisance hépatique	▪ Hydratation et biphosphonates ▪ Selon le désir du patient et le stade de la maladie ▪ Traitement selon pronostic et confort ▪ Lactulose 15 à 30 ml die à qid
Augmentation de la pression intracrânienne ▪ Tumeur ▪ Trauma ▪ Hydrocéphalie	▪ Corticostéroïdes à hautes doses (cf Guide des pratiques médicales sur les métastases cérébrales)
Désordres hématologiques ▪ Anémie sévère ▪ Déficience en vitamine B₁₂ ▪ Coagulopathie (CID)	▪ Selon le désir du patient et le stade de la maladie
Psychiatriques ▪ Dépression ▪ Réaction psychotique à la maladie	▪ Antidépresseurs ▪ Tranquillisants majeurs
Endocrinien ▪ Hypothyroïdie	▪ Selon le désir du patient et le stade de la maladie

Approche thérapeutique

Le traitement sera axé d'abord sur la recherche et le traitement des causes réversibles. Il devra, par ailleurs, inclure un neuroleptique et une benzodiazépine pour calmer l'agitation.

Principes généraux

Le traitement du délirium implique la compréhension de l'état médical du patient, du stade de sa maladie et la recherche de causes réversibles, si possible.

Si la mort est perçue comme imminente, le contrôle des symptômes devient le seul but visé et toute investigation est injustifiable pour le patient et sa famille.

Approche générale

- rassurer – explications au patient et à la famille du traitement envisagé
- traiter le patient et la famille avec respect et courtoisie
- éviter contention et côtés de lit
- maintenir un environnement familial (lieux-visages).

Révision des causes réversibles possibles et traiter si pertinent.

Consultation ou avis de l'équipe des soins palliatifs.

Pharmacologie (cf tableau 14.2)

Tableau 14.2 - Synthèse des traitements pharmacologiques du délirium

Médicament	Indications	Voie d'adm.	Pharmaco-dynamique	Réactions indésirables	Posologie
NEUROLEPTIQUES :					
HALOPÉRIDOL (Haldol, novopéridol) Antipsychotique Non sédatif 1 ^{er} choix lors de délirium chez personne âgée	État confusionnel Hallucinations Agitation modérée à sévère Méfiance Agressivité	p.o. s.c. t.m.	Début d'action : p.o. : 2 hres s.c. : 20-30 min. Durée d'action : p.o. : 8-12 hres s.c. : 4-8 hres Demi-vie: 12-24 hres	R.E.P.* +++++ Effets ** anticholinergiques ++ Sédatif ++ Hypotension ++	0,5 à 5mg p.o. ou s.c. bid à qid personne ≥ 65 ans : max. 3-4 mg par 24h
MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan) Antipsychotique Effet sédatif puissant Potentialise l'effet des opioïdes	Agitation modérée à sévère État confusionnel	p.o. s.c.	Début d'action : inconnu Durée d'action : 4 hres Demi-vie: 15-30 hres	R.E.P.* + Effets ** anticholinergiques +++++ Sédatif +++++ Hypotension orthostatique +++++	5 à 50mg p.o. q 6-8 hres 5 à 50mg s.c. q 6-8 hres N.B.: vérifier pertinence de réduire opioïdes ad 50%
CHLORPROMAZINE (Largactil) Antipsychotique Effet sédatif	Agitation modérée à sévère	p.o. s.c. i.m. i.r.	Début d'action p.o. : 30-60 min s.c. : inconnu i.m. : 1-4 hres Durée d'action p.o. : 4-6 hres s.c. : 4-8 hres Demi-vie : 30 hres	R.E.P.* ++ Effets ** anticholinergiques +++++ Sédation +++++ Hypotension orthostatique +++++ Voie s.c. très irritante	10 à 50mg p.o. ou s.c. q 4-12h avec ajout de BZ (ativan) Doses ad 100mg p.o. ou i.r. q 4 à 12h
BENZODIAZÉPINES :					
MIDAZOLAM (Versed) Sédatif	Agitation modérée à sévère	s.c. t.m.	Début d'action 5-15 min. Durée d'action 2 hres (1-6 hres) Demi-vie : 1-12 hres (prolongée en cas d'insuffisance rénale ou cardiaque)	Amnésie antérograde Sédation	2 à 5mg s.c. stat puis q 2 à 4h Évaluer la pertinence d'une perfusion s.c. continue Consulter en soins palliatifs PRN
LORAZÉPAM (Ativan) Anxiolytique Sédatif	Anxiété Agitation légère	p.o. s.c. s.l. t.m.	Début d'action : p.o. : 30 à 60 min s.c. : 15-30 min s.l. : 15 min Durée d'action : p.o. 10-20 hres s.l. : 1-20 hres s.c. : 10-20 hres Demi-vie: 10-20 hres	Somnolence	0,5 à 2mg p.o./s.c./s.l. q 4 à 8h prn
CLONAZÉPAM ¹ (Rivotril)	Anxiété	p.o. s.l. i.r.	Début d'action : p.o. : 30 à 60 min Demi-vie : 18-50 hres	Somnolence	0,25 à 2mg p.o. s.l. ou i.r. q 8 à 12h
* R.E.P.: réactions extrapyramidales ; ** Effets anticholinergiques : sécheresse de la bouche/nez/gorge/peau : vision brouillée; constipation; rétention urinaire. t.m. : trans-muqueux					

¹ Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002.

Anonyme. Rx Vigilance [Cédérom]. Repentigny: Vigilance Santé Inc. Version Mai 2006, Monographie #072

Métastases osseuses

Principes généraux

- ◆ Les métastases osseuses peuvent se développer dans environ 85% des néoplasies métastatiques.
- ◆ Les cancers du sein, de la prostate et du poumon représentent la majorité des cas.
- ◆ Les régions les plus fréquemment touchées sont le rachis, le bassin et les membres inférieurs.
- ◆ La douleur est causée par l'ostéolyse et par la libération de substances algogènes.
- ◆ Les métastases osseuses ont un impact sur la morbidité et la qualité de vie des malades.

Approche thérapeutique

◆ Aide physique

Il faut envisager l'utilisation d'aide physique : orthèses, écharpes, collets, corsets, cannes ou marchettes.

◆ Mode de vie

On recommande de diminuer les activités douloureuses.

◆ Médication

- **Anti-inflammatoires non stéroïdiens** : on recommande l'introduction d'un anti-inflammatoire non stéroïdien, tel Naprosyn 500mg 2 à 3 fois par jour. On peut envisager également l'utilisation des anti-inflammatoires inhibant la COX-2.

Il faut toujours :

- considérer une protection gastrique lorsqu'on envisage de donner un anti-inflammatoire à moyen/long terme
- porter une attention particulière à la fonction rénale.
- **Opioïdes** : on peut ajouter également un analgésique puissant selon les modalités de base de l'utilisation des opioïdes (cf chapitre 1).
- **Stéroïdes** : on peut ajouter un stéroïde, tel la Dexaméthasone (Decadron®) 8 à 16mg par jour pour 5 à 7 jours, puis diminuer à la plus petite dose efficace et sevrer si inefficace. Il faut aussi envisager une protection gastrique si l'on doit continuer la thérapie à long terme.
- **Biphosphonates** : il s'agit d'une classe de médicaments de plus en plus utile et très efficace¹. Leurs principales indications sont les douleurs osseuses rebelles,

¹ Les biphosphonates se concentrent dans les sites de remodelage actif. Ils se fixent dans la matrice osseuse et sont libérés lors du remodelage osseux. Leur mode d'action se fait par l'inhibition directe de la résorption osseuse par action sur les ostéoclastes.

l'hypercalcémie, la prévention et la diminution de fractures pathologiques. L'agent le plus utilisé actuellement est le pamidronate (Aredia) que l'on donne à raison de 60 à 90 mg i.v. dilué dans 250 ml NaCl 0,9% en une heure et demie¹ à quatre heures à toutes les 3 à 4 semaines. Il faut savoir que le début d'action des biphosphonates dans les cas de douleurs osseuses prend 4 à 7 jours à s'installer. Il est aussi à noter qu'il est possible que le patient constate une augmentation de la douleur dans les premiers jours et qu'il présente des symptômes pseudo-grippaux. La prise d'acétaminophène peut réduire ces symptômes. Un autre bisphosphonate est maintenant sur le marché : l'acide zolédronique (Zometa) est une alternative intéressante par sa facilité d'administration : 4 mg i.v. dilué dans 50 à 100 ml NaCl 0,9% en 15 minutes. Son efficacité comme hypocalcémiant (seule indication reconnue officiellement) est comparable ou supérieure au pamidronate. Il est payé par la RAMQ lors d'intolérance au pamidronate.

- **Calcitonine** : la calcitonine agit en inhibant la résorption osseuse. Les principales indications sont l'hypercalcémie et les douleurs métastatiques osseuses. Il est recommandé de débiter la calcitonine à 25-50 unités s.c. (dose test intra-dermique à faire au préalable - voir chapitre 16 - Hypercalcémie) une fois par jour au coucher et augmenter rapidement la dose si bien tolérée jusqu'à des doses efficaces de 100 à 400 unités par jour en 1 à 2 prises. Il est intéressant de noter que le début d'action de la calcitonine est beaucoup plus rapide que le biphosphonate. On peut donner la calcitonine en même temps que le biphosphonate afin de bénéficier de la rapidité d'action de la calcitonine et celle-ci est cessée au bout d'une semaine. Il est aussi possible de donner la calcitonine sous forme intra-nasale (Miacalcin®) à raison d'une à deux vaporisations de 200 unités, 1 à 2 fois par jour, en alternant de narine si possible. La calcitonine intra-nasale n'est pas indiquée en cas d'hypercalcémie.

Radiothérapie : si les douleurs osseuses sont réfractaires et que le pronostic de vie est de plus de deux semaines, nous pouvons envisager une radiothérapie sélective ciblée. La radiothérapie est également indiquée dans un contexte de compression médullaire ou de fracture pathologique actuelle ou imminente.

Consultation en orthopédie : il faut envisager une consultation orthopédique s'il y a risque de fracture pathologique imminente ou importante, surtout si les métastases osseuses atteignent les os longs des membres inférieurs et qu'il y a radiologiquement atteinte de plus de 50% du cortex osseux.

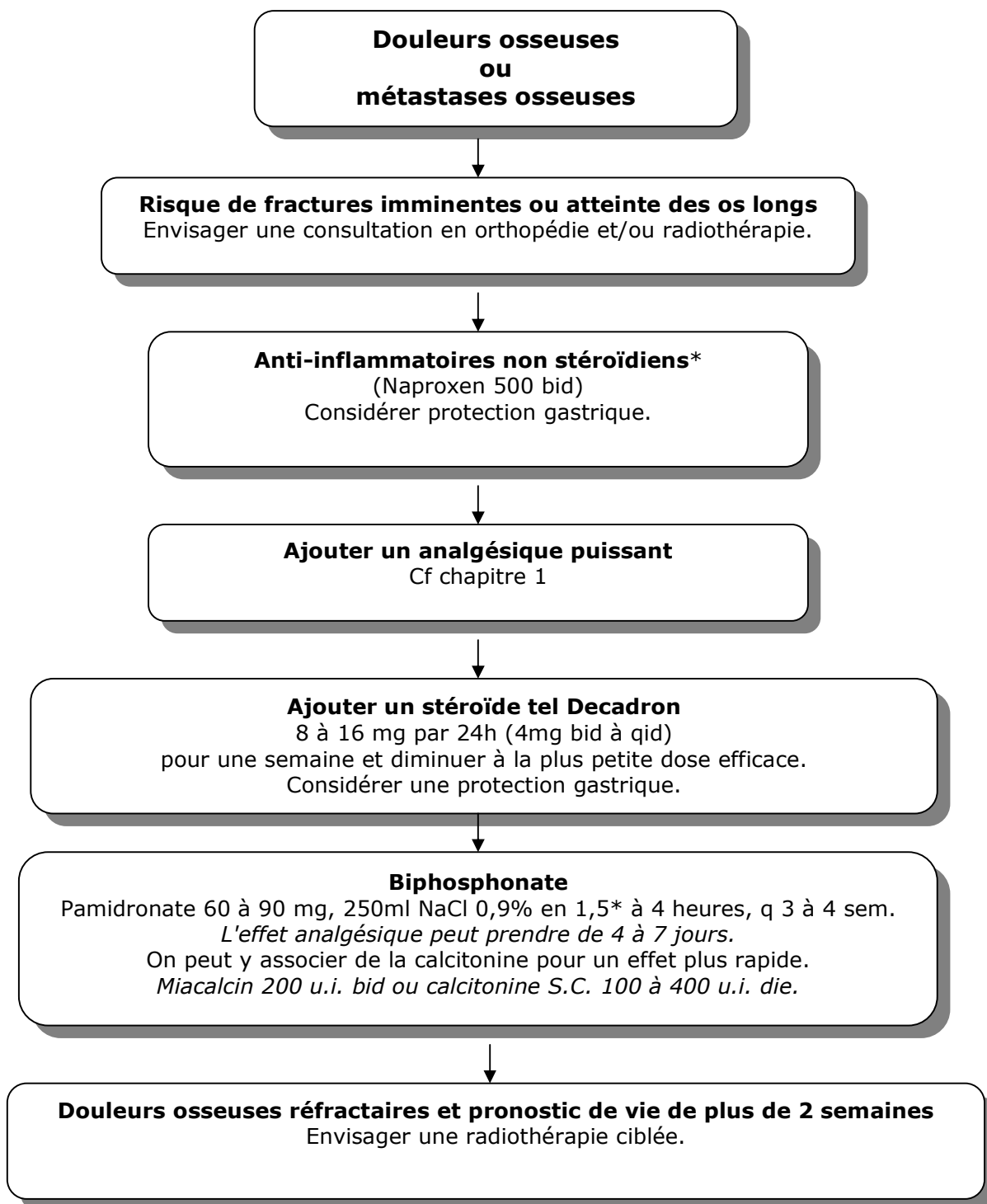
Il faut garder en mémoire que, dans un contexte de métastases osseuses, il y a toujours des conditions cliniques connexes qui peuvent se présenter, telles l'hypercalcémie et les compressions neurologiques (cf algorithme 15.1).

Facteurs de risque de fracture imminente (présentation de Simon Mercier, orthopédiste, novembre 2006).

- 1) Douleurs au repos
- 2) Lésion de 50% du cortex
- 3) Lésion $\geq 2,5\text{m}^2$
- 4) Arrachement du petit trochanter
- 5) Atteinte du cortex sous-trochantérien

¹ Précaution chez les patients avec insuffisance rénale.

Algorithme 15.1
Douleurs osseuses ou métastases osseuses



* Précaution chez les patients avec insuffisance rénale.

Hypercalcémie

Définition

Élévation anormale du calcium ionisé.

- ◆ C'est le calcium ionisé qui est métaboliquement actif et donc responsable de la physiologie normale et des répercussions cliniques d'une anomalie de la calcémie.

Généralités et incidence

- ◆ La plus fréquente des urgences oncologiques.
- ◆ Anomalie métabolique la plus fréquente.
- ◆ Délai moyen d'apparition au cours de l'évolution est de 26 mois.
- ◆ Réversible dans la majorité des cas.
- ◆ Habituellement, elle est une complication d'une maladie avancée.
- ◆ Si non traitée rapidement : 50% de décès par insuffisance rénale, arrêt cardiaque et coma.
- ◆ 50% de décès dans le mois suivant le diagnostic.
- ◆ 75% de décès dans les trois mois suivant le diagnostic.

- ◆ Calcium : distribution
 - 47% = libre ou ionisé.
 - 43% = lié aux protéines dont 80% lié à l'albumine et 20% lié aux globulines.
 - 10% sous forme de complexes : lactate, sulfate, bicarbonate, citrate, phosphate.

- ◆ Albuminémie : anomalie plus fréquente en oncologie
 - $\downarrow$ Albumine = $\downarrow$ Alb-Ca.
 - Donc, si on mesure le calcium total, il faut corriger pour l'albuminémie.
 - Différence de 0,018 à 0,025 mmol/l par gramme d'albumine.
 - $Cac = Cam + (0,02(40 - \text{albumine}))$.
 $Cac = \text{CALCIUM CORRIGÉ}$
 $Cam = \text{CALCIUM MESURÉ}$

- ◆ Étiologie et facteurs de risque de l'hypercalcémie
 - Étiologies les plus fréquentes :
 - hyperparathyroïdie primaire et cancer sont responsables d'environ 80 à 90% des hypercalcémies.
 - médicamenteuses
ex.: diurétiques thiazidiques : $\uparrow$ CaT et Ca^{++} . Autres : lithium, théophylline, vit. A et D, tamoxifène et autres anti-oestrogènes.

◆ **Hypercalcémie**

- Facteurs de risque principaux :
 - . Immobilité
 - . Déshydratation
 - . Anorexie
 - . Nausées et vomissements
 - . Insuffisance rénale
 - . Thérapie hormonale (œstrogène)
 - . Diurétiques (thiazidiques), tamoxifen
 - . Suppléments vitaminiques A et D.

◆ **Incidence**

- 10 à 20% des patients avec diagnostic de cancer.
- Survient chez environ 50% des patients avec myélome multiple ou cancer du sein.
- 10 à 15% surviennent en l'absence de métastases osseuses.
- Vu l'incidence des cancers, environ 33% sont retrouvées chez les patients avec un cancer du poumon ou du sein.
- Il semble que, dans le cancer du sein, elle ne survient que s'il y a métastases osseuses, secondaire à la production de cytokines activant les ostéoclastes.

Symptômes

◆ **Manifestations cliniques**

- En soins palliatifs, la sévérité des manifestations cliniques n'est pas toujours clairement reliée au degré d'hypercalcémie.
- Dans la majorité des cas, il apparaîtra d'abord de la léthargie et malaise diffus, suivi de soif, nausée, constipation. Les manifestations cardiaques et neurologiques suivront.

Tableau 16.1
Manifestations cliniques d'hypercalcémie

Système	Hypercalcémie légère : < 3,0	Hypercalcémie modérée : 3,0 – 3,4	Hypercalcémie sévère : > 3,4
Gastro-intestinal	Anorexie, N ^o V ^o douleur abdominale	Idem plus constipation et distension abdominale	Idem plus iléus
Neuro-musculaire	Faiblesse, fatigue, léthargie, dépression, difficulté de concentration, hyporéflexie	Confusion, délirium, psychose, somnolence, irritabilité, augmentation faiblesse musculaire et douleur osseuse	Convulsion, stupeur, coma et décès. Faiblesse musculaire profonde, hypotonie, ataxie et fracture pathologique
Rénal	Polyurie, polydipsie, nycturie	Déshydratation, calculs rénaux rares	Insuffisance rénale, azotémie, oligurie
Cardio-vasculaire	Hypertension possible	Bradycardie, ↑ PR, ↓ QT, arythmie supra- ventriculaire et ventriculaire	Arythmies malignes, arrêt cardiaque et décès

- Le décès survient généralement par insuffisance rénale aiguë et par arythmie.

Approche thérapeutique

- ◆ L'important est de décider s'il y a bénéfice à traiter en regard du pronostic, de la qualité de vie, de la sévérité des symptômes et du désir du patient (ou de la famille si le patient est inapte à décider).

Traitements selon la calcémie

1) Calcémie < 3,0mmol/L et asymptomatique

- Hydratation p.o.
- Cesser les médicaments néphrotoxiques.
- Mobiliser le patient.
- Pas de diète restreinte en sel.

2) Calcémie < 3,0mmol/L et symptomatique

Si la fonction rénale est normale, une bonne réhydratation et un biphosphonate sont les choix de traitement :

- Hydratation i.v./s.c.
- Biphosphonates (pamidronate 60-90mg i.v. en 3 à 4 heures. Acide zolédronique 4mg i.v. en 15 minutes).
- Le traitement peut se faire en externe selon l'état du patient.
- Diurétiques : controversé, risque d'aggraver l'insuffisance rénale, l'augmentation de la natriurèse = augmentation calciurèse.

3) Calcémie > 3mmol/L, avec calcium ionisé > 1,5mmol/L et que le patient est déshydraté ou à risque, il faut évaluer si le traitement devrait être effectué en externe ou en milieu hospitalier (état de conscience altéré, insuffisance rénale, arythmie cardiaque, constipation grave).

Calcémie > 3,0mmol/L peu symptomatique

- Hydratation
- Biphosphonates : pamidronate 60-90mg en 3-4 heures ou acide zolédronique 4mg en 15 minutes

Calcémie > 3,0mmol/L symptomatique, ou calcémie > 3,4mmol/L (sévère)

- Hydratation i.v. vigoureuse selon fonction rénale et cardio-vasculaire.
- Diurétiques à envisager après la réhydratation.
- Bloquer la résorption osseuse : calcitonine et biphosphonates.
- Corticostéroïdes.

Traitements spécifiques :

- Hydratation i.v.
 - Tous les patients sont déshydratés.
 - Voir plus haut pour calcémie < 3,0mmol/L et symptomatique.
 - NaCl 0,9% 250 à 500 ml/hre X 2h puis 125ml/h (2 à 4 litres de soluté dans les 24 premières heures, environ 6 litres en 48 heures, ce qui correspond à un débit moyen de 125cc/heure).
 - **Vitesse de perfusion à ajuster selon la condition du patient : insuffisance rénale, dialyse, insuffisance cardiaque.**

- . Augmentation du débit rénal : ↑ natriurèse, ↑ la calciurèse par échange au niveau du tubule distal.
 - . Début d'action : 12 à 24 heures = rapide.
 - . Diminution de la calcémie de 0,5mmol/L.
 - . Nécessite suivi : Créatinine, BUN, Mg^{++} , K^{+} .
 - . Peut se faire par voie i.v./s.c. à maintenir jusqu'à ce que le patient soit capable de s'hydrater p.o. et correction de l'hypokaliémie.
- Bloquer la résorption osseuse
- 1) Calcitonine (Calcimar)
- . Épreuve de sensibilité souhaitable afin d'écarter la possibilité d'allergie au produit (protéine d'origine animale)
 - Calcimar 200 UI/ml ⇒ ,05 ml = 10 UI ⇒ compléter à 1 ml avec NaCl 0,9% =
 - Calcimar 10 UI/ml, prendre 0,1 ml = 1 UI ⇒ intradermique ou s.c.
 - . Interprétation : évaluer la réaction après 15 minutes. Si érythème plus que léger ou papule ⇒ allergie.
 - . Agit en diminuant la réabsorption du calcium par le rein et en diminuant la résorption osseuse.
 - . Effet rapide < 1-4 heures avec durée de 6-8 heures. Si injection q 12 heures ⇒ maintient l'abaissement pour 5-8 jours.
 - . Utilisée dans l'hypercalcémie sévère avec nécessité d'une diminution rapide du calcium.
 - . Donner 200 à 400 unités s.c. aux 12 heures (2-8 U/kg s.c. q 6-12 heures).
 - . Diminue la calcémie 0,5mmol/L.
 - . Risque de tachyphylaxie.
- 2) Biphosphonates¹
- . Inhibition directe de la résorption osseuse par action sur les ostéoclastes.
 - . Attention : potentiellement néphrotoxiques, donc ces agents sont contre-indiqués dans les cas d'insuffisance rénale irréversible.
 - . Diminution de la calcémie : 1.0mmol/L.
 - . Début d'action = 48 heures; durée d'action = 30 jours.
 - . Effet maximal en 5-7 jours.
 - . Continuer calcitonine X 4 à 5 jours.
 - ◆ Pamidronate 90mg i.v. dilué dans 250 à 500ml NaCl 0,9% en 3-4 heures.
 - ou**
 - ◆ Acide zolédronique 4mg i.v. dilué dans 50 à 100ml NaCl 0,9% en 15 minutes.
(Serait plus efficace et aussi sécuritaire que le Pamidronate.)

¹ L'acide zolédronique serait plus puissant et agirait plus rapidement que le pamidronate. Il pourrait alors être le premier choix parmi les biphosphonates pour le traitement des hypercalcémies reliées au cancer.

La vitesse d'administration du pamidronate doit être évaluée en fonction de l'indication clinique :

- . adjuvant à la chimiothérapie dans les cancers à potentiel élevé de métastases osseuses (ex.: sein) et déjà métastatiques
- . prévention de l'hypercalcémie
- . traitement de l'hypercalcémie

et doit tenir compte de l'état d'hydratation du patient et de la fonction rénale. Ainsi, si les conditions sont optimales (ex.: patient avec cancer du sein, métastases osseuses, fonction rénale normale, sans histoire d'hypercalcémie et état d'hydratation optimale), il pourrait être administré en une heure et demie tandis que chez le patient avec hypercalcémie et/ou insuffisance rénale, l'administration doit se faire en 3 à 4 heures.

3) Glucocorticoïdes

- . Utiles si les biphosphonates ne peuvent être utilisés.
 - . Potentialisent et prolongent l'effet de la calcitonine, surtout si myélome multiple ou cancer hématologique.
 - . Prednisone 20 à 100mg die ou Dexaméthasone (Decadron) 4 à 12mg p.o./s.c., die à bid, Hydrocortisone 250-500mg i.v. : rapidité d'action accrue.
 - . Délai d'action de 3 à 5 jours.
 - . Agit sur certaines tumeurs (par effet direct sur la tumeur): lymphome et sein hormonodépendant.
- Prévention de l'hypercalcémie
- . Traiter le cancer.
 - . État d'hydratation optimal.
 - . Éviter les médicaments néphrotoxiques.
 - . Favoriser la mobilisation des patients.

Références :

- . Bakerman's ABC's of interpretative Laboratory Data. Fourth edition. 2002. p.19-123.
- . Blackburn R. L'hypercalcémie dans tous ses états : le médecin du Québec, vol. 40, no 12. Décembre 2005.
- . Doyle, Hanks and MacDonal. Oxford textbook of palliative medicine Second edition. 1998. p.710-713.
- . Goodman and Gilman's. The pharmacological basis of therapeutics. Eleventh edition. 2006. p.1663-1668.
- . Marchand R. L'hypercalcémie traitement ambulatoire ou à domicile : le médecin du Québec, vol. 34, no 5. Mai 1999.
- . CPS 2005.

Douleurs neuropathiques

Classification des douleurs

◆ Douleurs nociceptives

Elles résultent de la stimulation de récepteurs nociceptifs au niveau des tissus.

- Somatiques : muscles, os, articulations, peau.
- Viscérales : organes nobles.

◆ Douleurs neuropathiques

Elles résultent d'anomalies neuronales abaissant le seuil d'excitabilité électrique. Elles peuvent être :

- simples (brûlures, étau, compression)
- dysesthésiques (engourdissements, fourmillements, picotements, démangeaison)
- paroxystiques (chocs électriques, coups de poignard)
- syndrome régional complexe de type I et II.

Principes généraux

Douleurs

- ◆ Les douleurs neuropathiques demeurent un défi de taille en soins palliatifs.
- ◆ Elles sont relativement fréquentes, il faut les rechercher à l'aide d'un questionnaire approprié et d'un examen détaillé. **(DN4)** Voir tableau 17.1 à la page suivante.
- ◆ Dans la mesure du possible, connaître le processus anatomo-pathologique en cause.
- ◆ Ne jamais oublier le concept de la douleur totale.
- ◆ Ces douleurs répondent mal aux opioïdes utilisés seuls.
- ◆ Ne pas hésiter à demander de l'aide.

Tableau 17.1
Questionnaire DN4 ¹

QUESTIONNAIRE DN4		
Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque élément des 4 questions ci-dessous.		
QUESTIONS POSÉES AU PATIENT		
QUESTION 1 :		
La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?	OUI	NON
Brûlure	☐	☐
Sensation de froid douloureux	☐	☐
Décharges électriques	☐	☐
QUESTION 2 :		
La douleur est-elle associée à un ou plusieurs des symptômes suivants dans une même région?	OUI	NON
Fourmillements	☐	☐
Picotements	☐	☐
Engourdissement	☐	☐
Démangeaisons	☐	☐
EXAMEN DU PATIENT		
QUESTION 3 :		
La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence	OUI	NON
une hypoesthésie au toucher?	☐	☐
une hypoesthésie à la piqure?	☐	☐
QUESTION 4 :		
La douleur est-elle provoquée ou intensifiée par	OUI	NON
le frottement?	☐	☐
OUI = 1 point NON = 0 point Score du patient : /10		

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire comporte quatre questions et 10 points à évaluer :

- Le praticien interroge le patient et remplit lui-même le questionnaire.
- Le patient doit répondre par « oui » ou « non » à chaque élément évalué.
- À la fin du questionnaire, le praticien calcule le score en allouant 1 point à chaque réponse affirmative et 0 point à chaque réponse négative.
- La somme obtenue correspond au score du patient, noté sur 10.

**Si le score du patient
est égal ou supérieur à 4 :
le test est positif.**

(sensibilité à 82,9% ; spécificité à 89,9%) ¹

¹ Questionnaire DN4 inséré avec l'autorisation de Dr Didier Bouhassira MD, PhD. Juillet 2006.
Référence : BOUHASSIRA, D, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005;114:29-36.

◆ **Classification des co-analgésiques**

- Sensibilisation périphérique (canaux sodiques)
 - . antidépresseurs tricycliques
 - . carbamazépine (Tegretol) 200 à 1000mg (prise bid-qid)
 - . topiramate (Topamax) 12,5 à 800mg (prise tid)
 - . autres : oxcarbamazépine, lamotrigine
- Sensibilisation centrale
 - . canaux calciques
 - gabapentin
 - prégabaline
 - autres : lamotrigine, oxcarbamazépine, levetiracetam
 - . NMDA
 - kétamine
 - méthadone
 - autres : dextrométorphan, mémantine
- Voies inhibitrices descendantes (NE, 5 HT, récepteurs enképhalines)
 - . ISRS
 - . ISRN
 - . opioïdes
 - . tramadol
 - . agents adrénergiques

Le choix de co-analgésiques alternatifs et la combinaison de co-analgésiques se fait en fonction de leur site d'action. On combine des médicaments ayant des mécanismes différents.

Demander de l'aide via une consultation en soins palliatifs ou consultation en anesthésie pour un bloc nerveux ou épidurale.

Source : Apprivoiser la douleur neuropathique. Faculté de médecine. Formation professionnelle continue. Université de Montréal, 2005.

Approche thérapeutique

◆ **Non pharmacologique**

Attelle, positionnement, TENS, etc.

◆ **Co-analgésiques de premier choix**

- Gabapentin et prégabaline (un ajustement est nécessaire lors d'insuffisance rénale)
 - . Gabapentin (Neurontin) – débiter 100-300mg par jour. Augmenter de 300mg aux 3 à 7 jours. Maximum de 3600mg par jour (prise tid à qid).
 - . Prégabaline (Lyrica) – débiter à 25-75mg bid, augmenter de 25-75mg bid chaque semaine jusqu'à un maximum de 300mg bid. Un ajustement est nécessaire en insuffisance rénale. L'expérience actuelle nous porte à adopter, en soins palliatifs, une approche plus prudente que celle recommandée pour la population en général. (En gériatrie, débiter 25mg bid).

- Antidépresseurs tricycliques et/ou ISRS

Débiter les antidépresseurs tricycliques à une dose de 10-25mg die, augmenter la dose q 3 à 4 jours. On dépasse rarement 100mg d'amitriptyline par 24 heures.

- . amitriptyline (Elavil) prise hs
- . désipramine (Norpramin) prise am. Moins anticholinergique
- . norptryptiline (Aventyl) est le métabolite de l'amitriptyline.

Les ISRS sont moins efficaces et ont moins d'effets secondaires. Ils sont à privilégier en cas de syndrome dépressif associé.

- . citalopram (Celexa 1^{er} choix).

- Cas particuliers :

- . Neuropathie localisée

Traitement topique : application bid à qid sur petite surface (non fondé sur des preuves).

- Lidocaïne à 5% dans base Glaxal à domicile (jusqu'à 10% sous surveillance en établissement).
- Kétamine 1 à 2% dans base Glaxal.
(Kétamine et Lidocaïne peuvent se combiner dans la même crème.)
- Emla.

- . Compression nerveuse

- Dexaméthasone (Décadron) 8-24mg p.o. par 24 heures. Par la suite, diminuer à la plus petite dose efficace. Selon le contexte clinique, une consultation en radiothérapie ou en chirurgie peut être indiquée.

Métastases cérébrales

Principes généraux

25% des patients décédés d'un cancer présentent des métastases cérébrales à l'autopsie. Les cancers du poumon, du sein et le mélanome sont souvent associés aux métastases cérébrales.

Présentation clinique

Les symptômes rencontrés le plus fréquemment dans le cadre de métastases cérébrales sont :

- céphalées rebelles et progressives
- troubles moteurs focaux
- troubles cognitifs
- nausées et vomissements.

Approche thérapeutique

Les décisions thérapeutiques doivent tenir compte du pronostic vital (espérance de vie). Il y a la plupart du temps trois options thérapeutiques possibles :

◆ Chirurgie

Elle est envisagée pour les métastases cérébrales uniques sans atteinte systémique significative et lorsque le pronostic vital est bon à moyen terme.

◆ Radiothérapie

Il s'agit souvent de l'approche thérapeutique de choix. Elle est à discuter avec le radio-oncologue consultant.

◆ Stéroïdes

Les stéroïdes sont recommandés pour tous les patients avec métastases cérébrales symptomatiques. Dans cette situation, nous préconisons l'utilisation de la Dexaméthasone (Decadron) à dose de 8 à 16mg par jour p.o., s.c. ou i.v. La durée du traitement doit être de 14 à 21 jours.

S'il y a des signes d'hypertension intracrânienne, c'est-à-dire céphalées intenses, nausées et vomissements, nous recommandons d'utiliser de la Dexaméthasone de 16 à 24mg/jour p.o., s.c. ou i.v. pendant 1 à 3 jours, puis faire suivre d'une dose d'entretien de Dexaméthasone de 8 à 16mg/jour que l'on diminuera progressivement par la suite à la plus petite dose efficace.

Compression médullaire

Définition

Il s'agit d'une compression extrinsèque de la moelle épinière par un effet de masse provenant le plus souvent de l'espace épidural. Il existe très peu de littérature sur les atteintes intra-médullaires et lepto-méningées. Les critères radiologiques minimaux sont une indentation du sac thécal au niveau correspondant aux manifestations cliniques.

Principes généraux

- ◆ Il s'agit d'une **urgence neurologique**. Un diagnostic et une intervention précoces sont essentiels, afin de minimiser les déficits neurologiques.
- ◆ Les symptômes précèdent souvent les complications neurologiques de plusieurs semaines. Dans plus de 90% des cas, la douleur dorsale est le premier symptôme. Les autres symptômes à rechercher sont : douleur locale ou radiculaire, faiblesse (parésie), troubles sensitifs, dysfonction des sphincters.
- ◆ Les localisations les plus fréquentes se situent au niveau du thorax ($\pm 70\%$), à la région lombaire ($\pm 20\%$), et à la région du rachis cervical ($\pm 10\%$).
- ◆ Les néoplasies les plus souvent responsables de compression médullaire sont les cancers du poumon, du sein et de la prostate (comptent pour 60%).
- ◆ Les compressions médullaires surviennent dans 5 à 10% des cancers.

Diagnostic

- ◆ L'IRM (imagerie par résonance magnétique) est l'examen de choix. Si non disponible, on procédera à une tomodensitométrie. La radiographie et la scintigraphie osseuse sont utiles.

Approche thérapeutique

- ◆ Lors de suspicion clinique de compression médullaire extradurale (épidurale), un examen neurologique s'impose de même qu'une évaluation radiologique. L'approche thérapeutique variera selon les résultats de cette évaluation.

Ainsi, celle-ci inclut les corticostéroïdes à haute dose, la radiothérapie d'urgence et la chirurgie dans certains conditions précises.¹

- ◆ Une consultation d'urgence avec un radio-oncologue et ce, 7 jours sur 7, de même qu'une IRM s'imposent pour le patient avec manifestations neurologiques. Chez les autres patients, c'est-à-dire asymptomatiques, une consultation avec le radio-oncologue s'impose dans les plus brefs délais afin d'amorcer le traitement avant l'apparition de manifestations neurologiques.

La décision de consulter ou non le radio-oncologue devra tenir compte de l'avancement de la maladie et du pronostic. Même le patient avec pronostic réservé à quelques semaines pourrait bénéficier d'une consultation et de traitement.

- ◆ L'utilisation de corticostéroïdes a fait l'objet de plusieurs études. Plusieurs schémas posologiques ont été suggérés sans qu'il y ait suffisamment de données pour recommander un traitement spécifique et ayant démontré sa supériorité. Dans un article de revue paru en 1998 dans le Journal of Clinical Oncology², l'utilisation de corticostéroïdes à haute dose (dexaméthasone 100mg i.v. suivi de doses élevées : 24mg q 6h puis doses décroissantes¹) semble se démarquer chez le patient avec compression médullaire et manifestations neurologiques aiguës.

L'utilisation de doses modérées (16mg/jour, précédées de bolus) a probablement sa place dans certaines conditions. Le clinicien ne devrait pas hésiter à consulter un radio-oncologue ou une équipe de soins palliatifs pour discuter de ces cas.

¹ Doyle D. et coll. Oxford Textbook of palliative care. 7th ed., 1998, p.729 -731.

² Loblaw D. Andrew et Normand J. Laperrière. Journal of Clinical Oncology, Vol. 16 No 4 (April), 1998, p.1613-1624

Myoclonies

Définition

Il s'agit de secousses ou de contractions musculaires brèves et involontaires. Elles sont la plupart du temps intermittentes, mais peuvent parfois devenir très perturbatrices.

Étiologie

Dans un contexte de soins palliatifs, l'apparition de myoclonies fait suspecter une toxicité aux opioïdes, surtout si des désordres métaboliques sont présents, en particulier l'insuffisance rénale, car il y a une accumulation de métabolites d'opioïdes.¹

Approche thérapeutique

D'abord, expliquer la situation au patient et à la famille. Si elles sont minimales et peu inconfortables, il n'y a pas de mesure à prendre.

Si elles deviennent importantes :

- diminuer les doses d'opioïdes
- limiter la médication au minimum
- envisager un changement d'opioïdes et rotation
ex.: morphine pour hydromorphone, oxycodone ou fentanyl.

Si les mesures précédentes ne suffisent pas, débuter lorazépam (Ativan) 0,5 à 2mg p.o., s.c. ou s.l. q 4-6 heures ou clonazépam 0,5mg p.o., s.l. ou i.r.

Pour autres choix, voir Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.200.

¹ Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.199

Syndrome de la veine cave supérieure

Définition

Il s'agit d'un syndrome clinique qui survient lorsque le flot sanguin au niveau de la veine cave supérieure est partiellement ou complètement compromis.

Présentation clinique

La dyspnée est le symptôme le plus fréquent. On peut retrouver également de la toux, une sensation de tête "lourde", un œdème du visage et des membres supérieurs, des douleurs thoraciques, une distension veineuse au cou et au thorax (développement de collatérales) et de la dysphagie.

Examen physique

Distension veineuse cervicale et thoracique avec collatérales, tachypnée, œdème du visage et des membres supérieurs (classiquement : l'œdème en parapluie), cyanose et visage pléthorique.

Étiologie

Le plus fréquemment, il s'agit d'un processus néoplasique pulmonaire (80% des cas) le plus souvent à petites cellules (oat cell), d'un lymphome (15%) le plus souvent non Hodgkin, ou d'un cancer métastatique (5%).

Si le syndrome de la veine cave supérieure se présente chez un patient non connu pour une néoplasie, l'investigation afin de connaître l'étiologie est essentielle afin d'amorcer un traitement à visée potentiellement curative.

Imagerie

La radiographie pulmonaire montre un élargissement du médiastin dans 65% des cas, un épanchement pleural dans 26% des cas et une masse hilare dans 12% des cas. Elle sera normale chez environ 16% des patients.

Une tomodensitométrie est indiquée et nous aidera à préciser l'étiologie et l'étendue du processus sous-jacent.

Approche thérapeutique

- ◆ Rarement une urgence oncologique véritable. Le début est souvent insidieux. Lorsque l'étiologie est inconnue, un diagnostic histologique est essentiel afin d'orienter le traitement.
- ◆ Un traitement urgent sans attendre le diagnostic étiologique est indiqué lors de :
 - compromis des voies aériennes
 - collapsus cardio-vasculaire
 - hypertension intracrânienne.
- ◆ Repos, élever la tête du lit, donner de l'oxygène et des bronchodilatateurs : salbutamol (Ventolin).
- ◆ Un essai avec des stéroïdes mérite d'être tenté.
Dexaméthasone (Decadron) 8 à 16mg p.o./s.c. par 24 heures.
- ◆ Envisager une consultation en oncologie et/ou en radiothérapie si le contexte clinique l'exige.
- ◆ Anticoagulothérapie et thrombolyse si la cause est une thrombose secondaire à un cathéter.
- ◆ Une endoprothèse peut être envisagée si radiothérapie maximale reçue ou syndrome de la veine cave supérieure récurrent ou persistant post radiothérapie.

Référence : Chow, Danjoux et Anderson. Patient care Canada. Vol. 10, no 7. Juillet 1999, p.57-60.

Prurit

Définition

Sensation déplaisante au niveau de la peau qui provoque le besoin de se gratter.

Étiologie

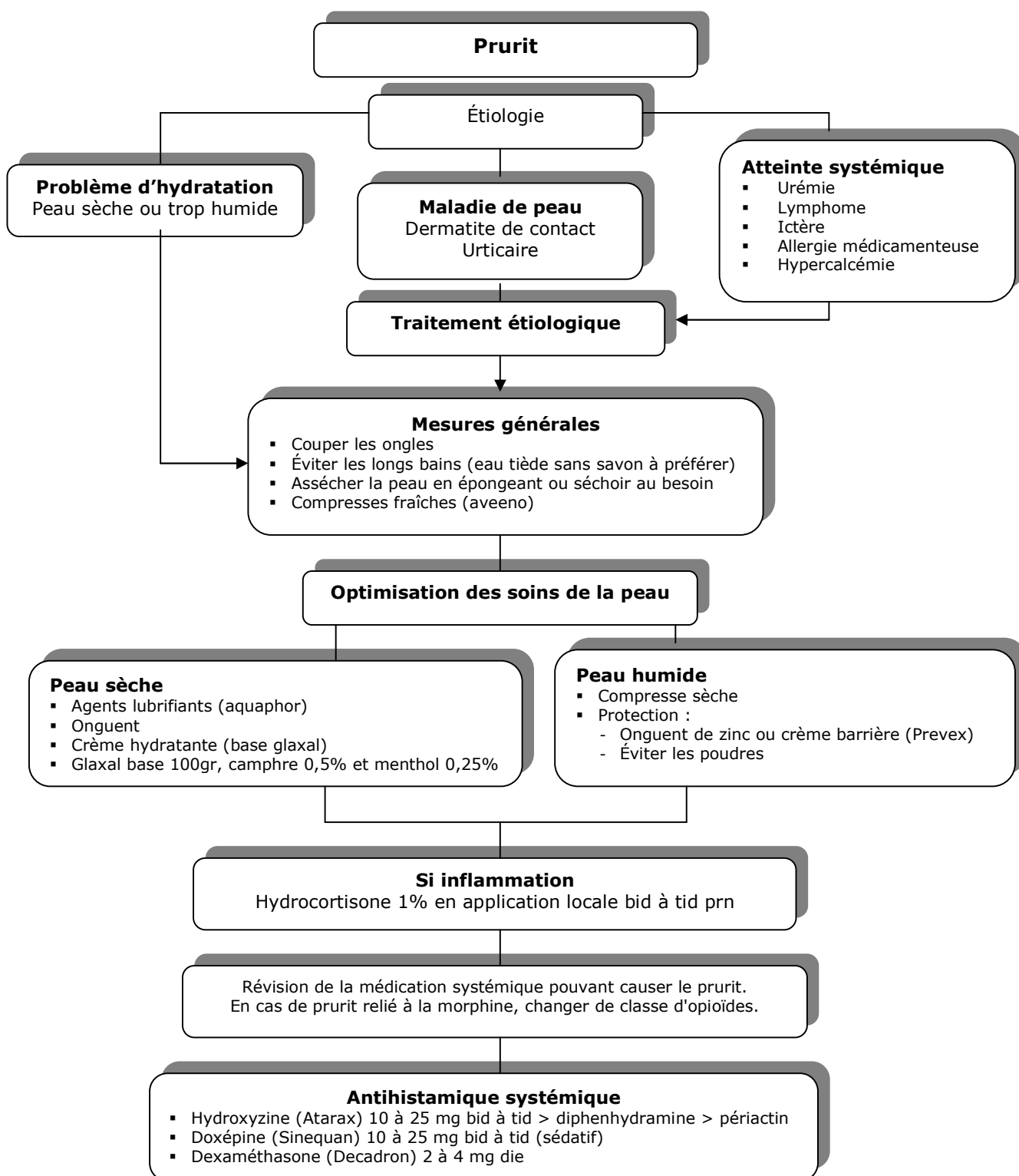
- ◆ Problème d'hydratation de la peau (trop sèche ou trop humide).
- ◆ Maladie de la peau (dermatite).
- ◆ Causes systémiques (jaunisse, infiltration métastatique cutanée, allergie médicamenteuse, urémie).

Approche thérapeutique

Soulager le patient et éviter que le problème ne s'aggrave.

Cf algorithme 22.1

Algorithme 22.1 Prurit



Soins des plaies

Principes généraux

Au cours des dix dernières années, nous avons assisté à des changements majeurs dans le traitement des plaies. Une approche plus systématique selon :

- le stade
- les phases de guérison

associée à la mise au point de nouveaux produits et pansements ont amené les soignants à élaborer des approches innovatrices de traitement des plaies chroniques. Les approches, quoique différant un peu d'un milieu à l'autre quant au choix des produits, respectent toutes les mêmes principes.

Les tableaux 23.1 et 23.2 présentent des suggestions de traitement. Nous vous référons toutefois au protocole de traitement des plaies de vos établissements ou CSSS respectifs, s'ils sont disponibles, afin de faciliter le parcours des patients et d'assurer une continuité des soins.

Tableau 23.1
Traitement des plaies selon le stade

Stades	Nettoyage / débridement	Peu ou pas d'exsudat	Exsudat moyen/abondant	Précautions
I Épiderme intact : - rougeur - induration - chaleur	Nettoyage NaCl 0,9%	Crème friction - Pansement adhésif transparent : opsite tegaderm 3M opsite spray - hydrocolloïde extra-mince		<u>Pansement adhésif transparent</u> : - changer q 7 jours max. - impermeable à eau, selles, urine
II Plaie superficielle épiderme et/ou derme : - abrasion - phlyctène - cratère peu profond - ne traverse pas le derme - douloureux	Nettoyage NaCl 0,9% seringue 30cc + aiguille #18-20 - Phlyctène fermée : laisser à l'air - Phlyctène ramollie rompue : débrider + nettoyage NaCl 0,9%	- Pansement adhésif transparent : opsite tegaderm 3M opsite spray - ou - Pansement hydrocolloïde : duoderm CGF restore tegasorb - Gel : duoderm gel intra-site gel normlgel	- Pansement hydrocolloïde : duoderm CGF - Pansement absorbant : allevyn telfa mellolite all dress - Gel : duoderm gel intrasite gel	<u>Pansement adhésif transparent</u> : - changer q 7 jours ou avant si saturé - à éviter si l'exsudat le fait décoller <u>Gel</u> : - remplir espace mort Si colonisation avec bactéries pathogènes invasives, SARM ou ERV : - hydrogels ou pansement avec antiseptiques non cytotoxiques iodosorb actisorb plus acticoat silver leaf
III Épiderme, derme, hypoderme détruits : - cratère sans nécrose rose, rouge ou avec nécrose jaune, vert, gris - croûte nécrotique noire possible	- Si tissu nécrotique : débridement mécanique lors du changement de pansement - Nettoyage NaCl 0,9% seringue 30cc aiguille #20	- Gel amorphe : Normlgel intra-site gel duo-derm gel - recouvert d'un pansement non adhérent et absorbant mellolite telfa all dress	- Pansement alginate : kaltostat algisite M. - Pansement absorbant mousse : allevyn lyofoam extra	<u>Pansement hydrocolloïde</u> : - changer die ou ad saturation (max. 7 jrs) - si n'adhère pas, couvrir d'un pansement adhésif - au siège, recouvrir d'un pansement imperméable
IV Extension dans l'os ou le muscle : - cratère avec tissu nécrotique - sinus ou sillons présents - souvent non douloureux	Débridement auto-lytique après scarification : - pansement hydrocolloïde + gel : duoderm gel intra-site gel normlgel - pansement absorbant : alginate kaltostat algisite M.	- Pansement hydrocolloïde : duoderm CGF Phase nécrotique et inflammatoire : hydrogel avec pansement non adhérent et absorbant à changer aux 2 jours jusqu'à disparition de la nécrose puis selon la phase : - inflammatoire (jaune) - granulation (rouge) - maturation (épithélialisation)		<u>Gel</u> : - changer die ou bid selon exsudat (max. 7 jours) <u>Pansement Alginate</u> : - changer die ou ad saturation (max. 7 jours) - recouvrir d'un pansement absorbant secondaire (allevyn) ou pansement retenant l'humidité (opsite, tegaderm, duoderm) <u>Pansement mousse</u> : - ne pas comprimer dans la plaie - pas de bain sauf si recouvert d'un pansement imperméable (gonfle !)
Stade X Impossibilité d'évaluer l'atteinte en raison de la présence de tissus nécrosés	Objectif : débrider tissus nécrotiques rapidement pour diminuer prolifération bactérienne : - chirurgie - pincés, ciseaux - enzyme - autolyse			Référer PRN pour évaluer stade, éliminer ostéomyélite et pour traitement

Les soins palliatifs ne visent pas nécessairement la guérison, mais principalement le soulagement et le bien-être du patient.

Tableau 23.2
Traitement des plaies selon la condition associée

Conditions	Traitements
Douleur locale	. Donner un analgésique 30-45 minutes avant tout changement de pansement. . Mettre compresses de Xylocaïne (2 à 4%) 10-15 minutes sur la plaie, et/ou . Mettre de la crème Emla sur la peau saine et/ou . Vaporiser du sulfate de morphine 10mg/ml sur la plaie. . Si le pansement adhère bien, l'humecter de NaCl avant de l'enlever. . Irriguer avec un jet doux de NaCl. . Utiliser un débridement autolytique (si approprié). . Choisir un pansement non adhérent doux, très absorbant pour diminuer la fréquence des changements. . Laisser le patient manipuler son pansement s'il en est capable.
Odeurs (surtout dues aux bactéries anaérobies)	. Bien irriguer la plaie avec du NaCl. . Appliquer de la crème métronidazole 10% (Flagyl) ou un mélange de 50cc de gel aqueux (Intrasite, Duoderm gel + 1 cap. de 250mg) ou 250-500mg tid per os si odeur incontrôlable. . Utiliser un pansement au charbon activé. . Utiliser 1-2 gouttes d'huile essentielle sur le pansement du dessus (bergamote, citron, lavande, tea-tree ou de conifère).
Odeurs de l'environnement	. Aérer la pièce. . Changer la literie plus souvent. . Utiliser un grand bol de vinaigre, une taie d'oreiller avec briquettes de charbon de bois, de la vanille ou de la litière pour chat sous le lit. . Un purificateur d'air dans la chambre. . Un aérosol commercial (peut irriter). . De l'huile essentielle (bergamote, citron, lavande, tea-tree ou de conifère à l'aide d'un diffuseur d'huile essentielle). . Papier d'aménie (encens en papier).
Hémorragies	. Utiliser les Alginates. . Nitrate d'argent. . Gel mousse (gel foam). . Thrombostat et Amicar n'existent plus au Canada. . Adrénaline.
Abondance des exsudats (souvent source de douleur et de mauvaises odeurs)	. Bien nettoyer la plaie avec du NaCl. . Choisir un pansement très absorbant : mousse hydrophile, hydro-fibre ou de l'alginate. . Respecter la symétrie corporelle, faire un pansement esthétique. . Protéger la peau saine : gelée de pétrole, gelée de pétrole + oxyde de zinc, silicone, autre crème barrière, opsite en spray, etc.
Métastases cutanées	. Faire de la radiothérapie (peut retarder le développement au stade nodule). . Si saignement : pansement d'Alginate. . Traiter les odeurs : voir ci-haut.

Pratiques médicales en soins palliatifs

**G
U
I
D
E**

**A
B
R
É
G
É**

Février 2007

GUIDE ABRÉGÉ DES PRATIQUES MÉDICALES EN SOINS PALLIATIFS

CHAPITRE 1 - DOULEUR

Tableau 1.1	<i>Sommaire des types de douleur et de leurs caractéristiques</i>	G.A.	1.1
Figure 1.1	<i>Douleur totale : facteurs qui modifient la perception de la douleur par le patient</i>	G.A.	1.2
Figure 1.2	<i>Douleur totale : interventions et principes d'évaluation</i>	G.A.	1.3
Tableau 1.2	<i>Causes de la douleur chez les malades atteints de cancer</i>	G.A.	1.4
Échelle visuelle	<i>analogique d'évaluation de l'intensité de la douleur</i>	G.A.	1.5
Algorithme 1.1	<i>Étapes de la puissance analgésique</i>	G.A.	1.6
Figure 1.3	<i>Utilisation de la voie sous-cutanée</i>	G.A.	1.7
Tableau 1.3	<i>Calcul de l'entredose d'opioïde</i>	G.A.	1.8
Tableau 1.4	<i>Progression des doses</i>	G.A.	1.8
Tableau 1.5	<i>Doses équianalgésiques des opioïdes</i>	G.A.	1.9
Tableau 1.5.1	<i>Opioïdes : équivalences</i>	G.A.	1.10
Tableau 1.5.2	<i>Micro-compendium des opioïdes disponibles</i>	G.A.	1.10
Figure 1.4	<i>Régions d'application des timbres de fentanyl transdermiques</i>	G.A.	1.11
Tableau 1.6	<i>Méthodes de passage de la voie orale ou sous-cutanée à la voie transdermique et vice-versa</i>	G.A.	1.12

CHAPITRE 2 - SOINS DE BOUCHE

Algorithme 2.1	<i>Halitose – saignement – agheusie</i>	G.A.	2.1
Algorithme 2.2	<i>Croûtes – dépôts</i>	G.A.	2.2
Algorithme 2.3	<i>Infection fongique</i>	G.A.	2.3
Algorithme 2.4	<i>Stomatites et ulcérations</i>	G.A.	2.4

CHAPITRE 3 - NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

	<i>Facteurs physiopathologiques pouvant occasionner des nausées</i>	G.A.	3.1
Tableau 3.1	<i>Origine des nausées et vomissements</i>	G.A.	3.2
Algorithme 3.1	<i>Nausées et vomissements – approche thérapeutique</i>	G.A.	3.3

CHAPITRE 4 - CONSTIPATION CHEZ LE PATIENT RECEVANT DES OPIOÏDES

Tableau 4.1	<i>Guide pharmacologique de prévention et traitement de la constipation</i>	G.A.	4.1
Algorithme 4.1	<i>Constipation établie et fécalome</i>	G.A.	4.4

CHAPITRE 5 - DIARRHÉE	G.A.	5.1
<i>Approche thérapeutique</i>	G.A.	5.2

CHAPITRE 6 - OCCLUSION INTESTINALE

Tableau 6.1	<i>Signes et symptômes selon les niveaux d'occlusion</i>	G.A.	6.1
Tableau 6.2	<i>Médicaments utiles dans les situations de gastroparésie, de dysmotilité intestinale, de subocclusion évoluant vers une occlusion</i>	G.A.	6.2

CHAPITRE 7 - ASCITE

Algorithme 7.1	<i>Approche thérapeutique</i>	G.A.	7.1
----------------	-------------------------------	------	-----

CHAPITRE 8 - HOQUET

Algorithme 8.1	<i>Hoquet</i>	G.A.	8.1
----------------	---------------	------	-----

CHAPITRE 9 - DYSPNÉE

Tableau 9.1	<i>Étiologie de la dyspnée</i>	G.A.	9.1
Algorithme 9.1	<i>Approches pharmacologiques de la dyspnée</i>	G.A.	9.2

CHAPITRE 10 - PROTOCOLE D'URGENCE EN SOINS PALLIATIFS

Tableau 10.1	<i>Présentation et stabilité en seringues des médicaments utilisés dans le protocole d'urgence</i>	G.A.	10.1
Tableau 10.2	<i>Compatibilité et stabilité en seringues des médicaments utilisés dans le protocole d'urgence</i>	G.A.	10.2
	<i>Composition du protocole</i>	G.A.	10.3
	<i>Protocole d'urgence – ordonnance médicale</i>	G.A.	10.4
	<i>Guide de prescription</i>	G.A.	10.5

CHAPITRE 11 - DÉSHYDRATATION

Tableau 11.1	<i>Hypodermoclyse</i>	G.A.	11.1
Algorithme 11.1	<i>Déshydratation</i>	G.A.	11.2

CHAPITRE 12 - ANOREXIE ET CACHEXIE

	<i>Approche thérapeutique pharmacologique</i>	G.A.	12.1
--	---	------	------

CHAPITRE 13 - ANXIÉTÉ

Tableau 13.1	<i>Benzodiazépines utilisées dans l'anxiété</i>	G.A.	13.1
Tableau 13.2	<i>Neuroleptiques utilisés comme adjuvants dans l'anxiété</i>	G.A.	13.1

CHAPITRE 14 - DÉLIRIUM

Tableau 14.1	<i>Causes possibles du délirium en soins palliatifs</i>	G.A.	14.1
Tableau 14.2	<i>Synthèse des traitements pharmacologiques du délirium</i>	G.A.	14.2

CHAPITRE 15 - MÉTASTASES OSSEUSES

Algorithme 15.1	<i>Douleurs osseuses ou métastases osseuses</i>	G.A.	15.1
-----------------	---	------	------

CHAPITRE 16 - HYPERCALCÉMIE

Tableau 16.1	<i>Manifestations cliniques d'hypercalcémie</i>	G.A.	16.1
	<i>Approche thérapeutique</i>	G.A.	16.2

CHAPITRE 17 - DOULEURS NEUROPATHIQUES

Tableau 17.1	<i>Questionnaire DN4</i>	G.A.	17.1
	<i>Approche thérapeutique</i>	G.A.	17.2

CHAPITRE 18 - MÉTASTASES CÉRÉBRALES G.A. 18.1

CHAPITRE 19 - COMPRESSION MÉDULLAIRE G.A. 19.1

CHAPITRE 20 - MYOCLONIES G.A. 20.1

CHAPITRE 21 - SYNDROME DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE G.A. 21.1

CHAPITRE 22 - PRURIT

Algorithme 22.1	<i>Prurit</i>	G.A.	22.1
-----------------	---------------	------	------

CHAPITRE 23 - SOINS DE PLAIES

Tableau 23.1	<i>Traitement des plaies selon le stade</i>	G.A.	23.1
Tableau 23.2	<i>Traitement des plaies selon la condition associée</i>	G.A.	23.2

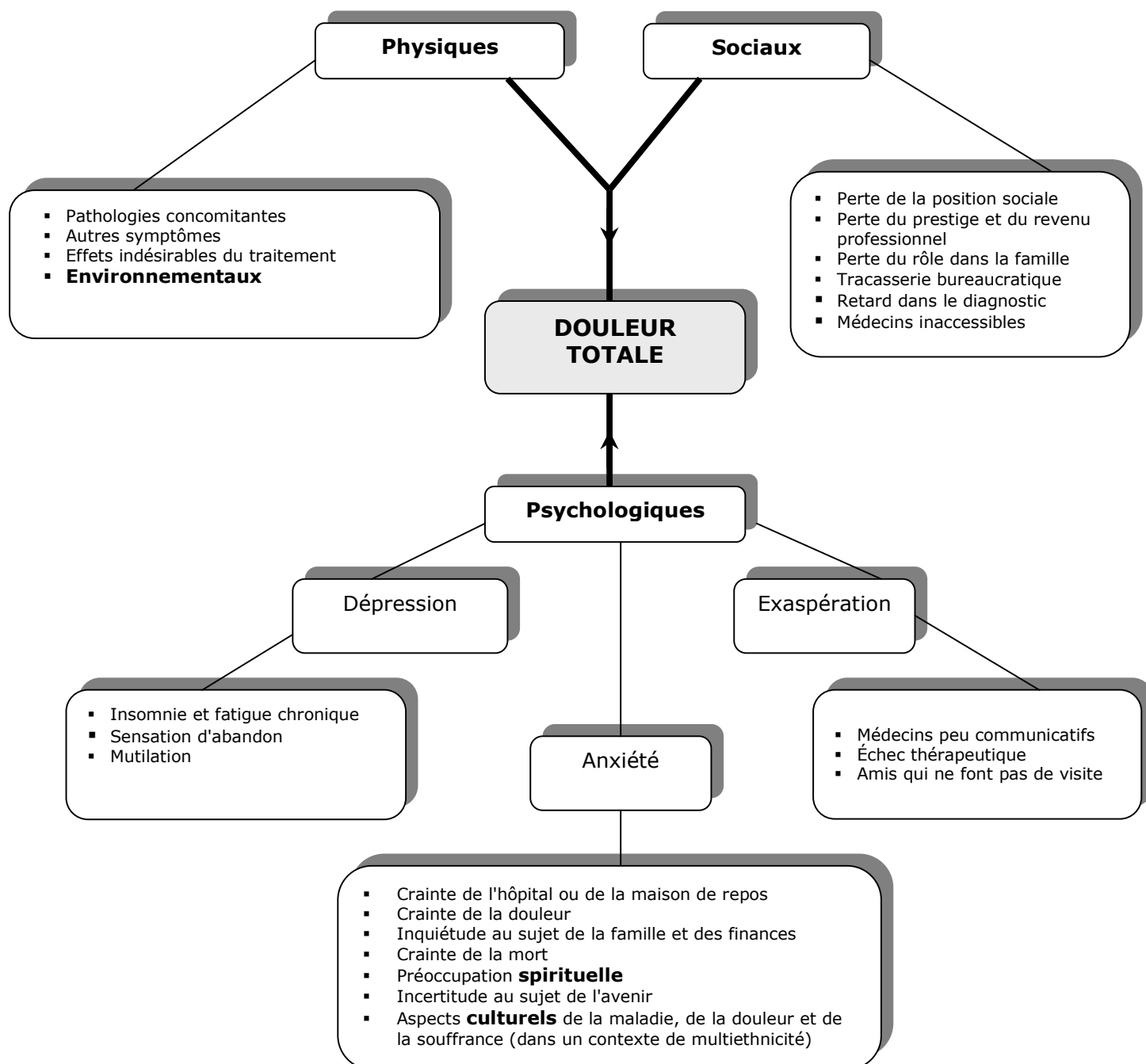
Tableau 1.1
Sommaire des types de douleur et de leurs caractéristiques

	Nociceptive somatique	Nociceptive viscérale	Neuropathique
Caractéristiques cliniques	- Localisée, irradiation possible si origine osseuse - Constante, profonde, douleur sourde - Augmentée par la mobilisation, la pression	- Moins bien circonscrite - Irradie souvent aux dermatomes embryologiques correspondants - Constante, profonde, parfois crampiforme	- Constante ou intermittente, parfois paroxystique - Sensation de ne pas avoir de position - Brûlure, élancement, choc électrique, coup de poignard - Irradiation le long des trajets nerveux

Figure 1.1

DOULEUR TOTALE : FACTEURS QUI MODIFIENT LA PERCEPTION DE LA DOULEUR PAR LE PATIENT

Le concept de douleur totale réfère à la présence de douleurs significatives intriquées et présentes simultanément dans chacune des sphères.



Adapté de l'Organisation mondiale de la santé. Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs. Genève, Organisation mondiale de la santé. 1990:84p.

Figure 1.2

DOULEUR TOTALE : INTERVENTIONS ET PRINCIPES D'ÉVALUATION

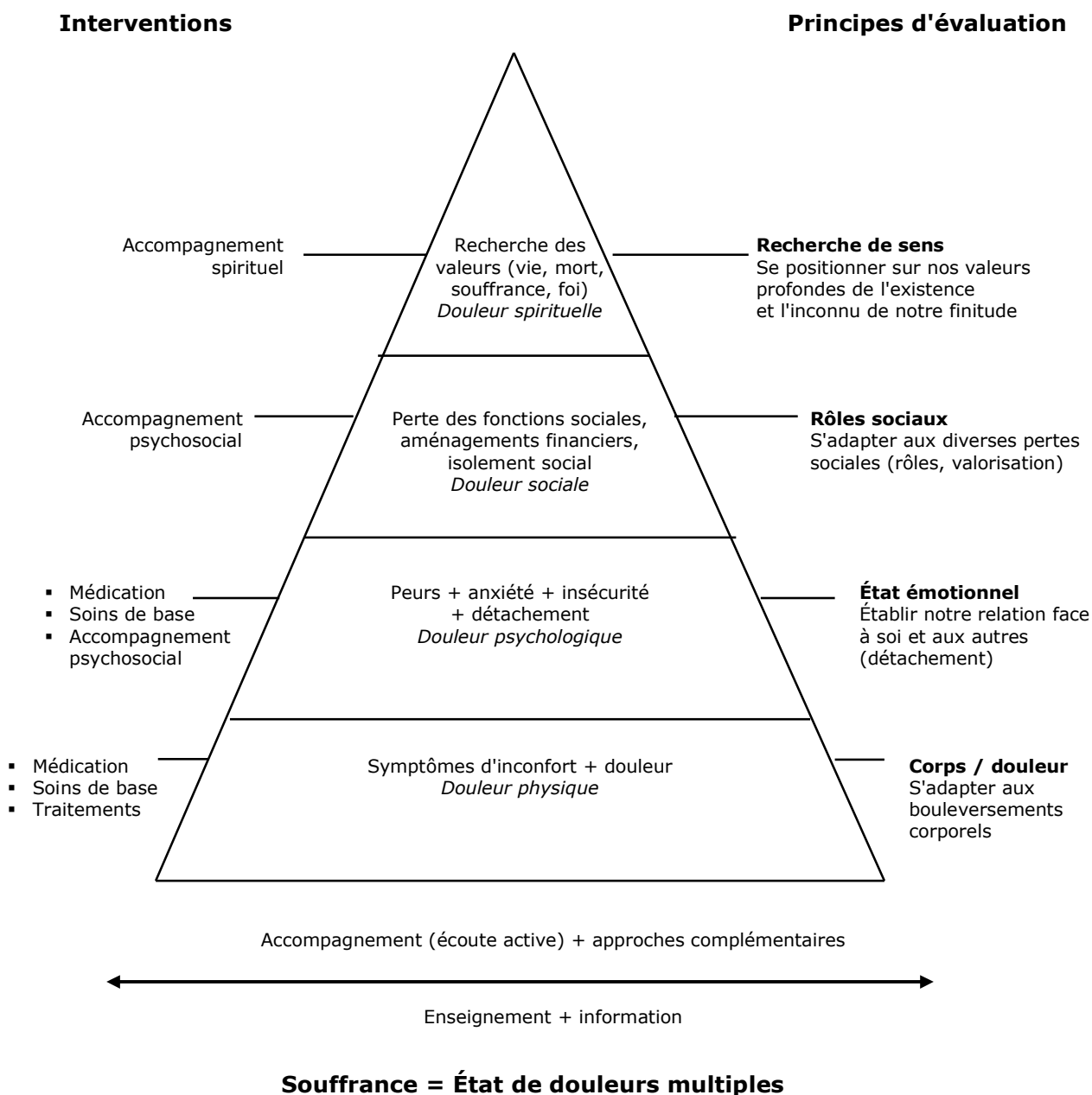


Tableau 1.2

Causes de la douleur chez les malades atteints de cancer
Causées par le cancer (70%) ▪ Infiltration osseuse +/- spasmes musculaires ▪ Compression ou infiltration d'un nerf ▪ Atteinte viscérale directe ou indirecte par compression ▪ Infiltration des tissus mous ▪ Ulcération +/- infection ▪ Élévation de la pression intracrânienne ▪ Douleur d'origine sympathique
Liées au traitement (10%) ▪ Constipation ▪ Douleurs post opératoires aiguës ▪ Névralgies post opératoires ▪ Douleurs des membres fantômes ▪ Inflammation ou fibrose postradique ▪ Myélopathie post radiothérapie ▪ Névralgie post chimiothérapie ▪ Nécrose osseuse
Liées au cancer (10%) ▪ Spasmes musculaires ▪ Constipation ▪ Escarres ▪ Lymphoedème ▪ Candidose ▪ Névralgie herpétique ▪ Thrombose des veines profondes ▪ Embolie pulmonaire
Non liées au cancer (10%) ▪ Musculosquelettique ▪ Céphalée ▪ Constipation ▪ Arthrite ▪ Cardiovasculaire ▪ Gastropathie

Évaluation de la douleur

L'échelle visuelle analogique (de 0-10) sera utile pour objectiver et conscientiser le patient à sa douleur. Le faciès exprimera souvent le vécu douloureux du patient. Il est important de distinguer la douleur aiguë de la douleur chronique. Se rappeler que le patient présentant des douleurs chroniques aura tendance à se dire entièrement soulagé malgré des malaises persistants.

Échelle visuelle analogique d'évaluation de l'intensité de la douleur



Évaluation de la douleur en 9 étapes

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| 1. Localisation | ⇒ | les points douloureux et l'irradiation |
| 2. Intensité | ⇒ | selon l'échelle visuelle analogique de 0-10 |
| 3. Qualité (voir types de douleur) | ⇒ | description de la douleur par le patient |
| 4. Chronologie/durée | ⇒ | début de cette douleur, constance, durée |
| 5. Facteur d'aggravation | ⇒ | ↑ la douleur : mobilisation, posture |
| 6. Facteur de soulagement | ⇒ | ↓ la douleur |
| 7. Conséquences sur les AVQ | ⇒ | impact sur la qualité de vie (ex.: insomnie) |
| 8. Histoire médicamenteuse | ⇒ | posologie antérieure, efficacité |
| 9. Expériences antérieures | ⇒ | relation face à la douleur (anticipation, confiance, etc.) |

Évaluation Cliches

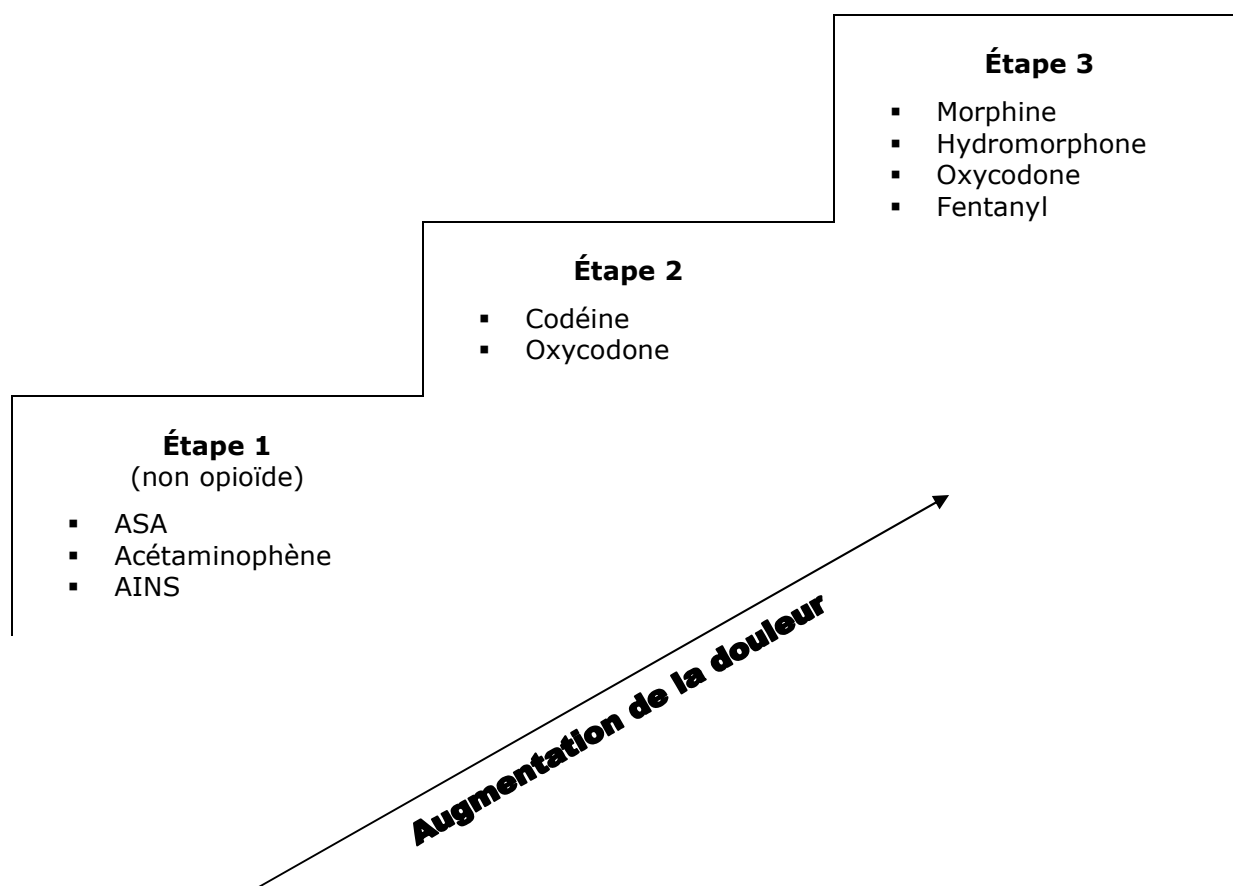
Aide mémoire pour une évaluation complète.

Évaluation de la douleur

C	Causes de la douleur
L	Localisation
I	Intensité
C	Caractère
H	Horaire
E	Exacerbation
S	Soulagement

La **réévaluation** selon le modèle Cliches permettra de mieux cerner l'impact de la thérapeutique.

Algorithme 1.1 Étapes de la puissance analgésique



Adaptation de l'échelle de l'OSM sur le traitement de la douleur, Genève 1996

Figure 1.3

Utilisation de la voie sous-cutanée

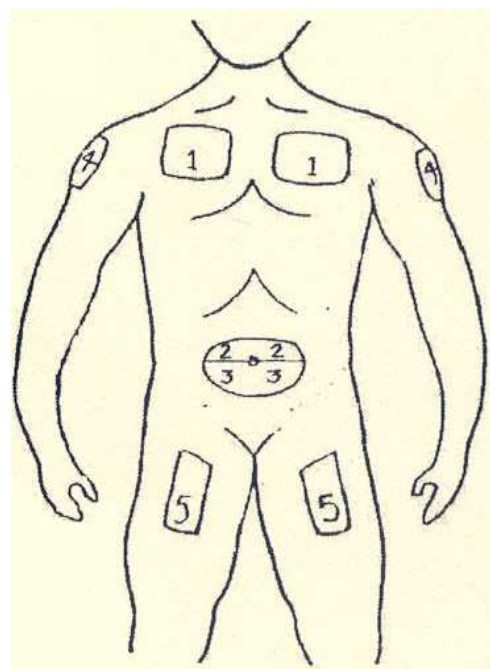
Régions à privilégier

Indications :

- Dysphagie, sub-occlusion et occlusion intestinale
- Nausée, vomissement
- Faiblesse
- Altération de la conscience
- Non soulagement par voie orale ou transdermique après réévaluation clinique complète

Régions à éviter :

- Région oedémateuse
- Région cicatricielle
- Région de la cuisse
- Région ayant subi :
 - . dissection ganglionnaire
 - . radiothérapie
 - . région pouvant subir une compression ou une friction



**L'absorption est optimale dans la région «1»
et décroît vers la région «5»**

Tableau 1.3

Calcul de l'entredose d'opioïde
Entredose $\cong$ 50% de la dose régulière reçue aux 4 heures ou 10% de la dose quotidienne

Tableau 1.4

Progression des doses
Morphine à libération rapide (q 4 heures) - Voie orale : 5 – 10 – 15 – 20 – 25 – 30 – 40 – 50 – 60 – 70 – 80 – 90 – 100 Au-dessus de 100 mg $\Rightarrow$ progression par palier de 20 à 30 mg. Ajuster la posologie aux 16 à 24 heures. Un maximum de 2 augmentations de dose par jour est recommandé, totalisant 50 à 100% de la dose précédente. - Voie parentérale : 2,5 – 5 – 7,5 – 10 – 12,5 – 15 – 20 – 25 – 30 – 35 – 40 – 45 – 50 Au-dessus de 50 mg $\Rightarrow$ progression par palier de 10 à 15 mg
Morphine à libération contrôlée ou longue action - Calculer la dose quotidienne totale et la diviser par 2 (q 12 heures). Le premier comprimé peut être administré après la dernière dose de morphine à libération rapide. Ajuster les doses aux 48 heures. Si la douleur est présente à la fin de l'intervalle, il est temps d'augmenter la dose et non de raccourcir l'intervalle. 10 – 15 – 30 – 45 – 60 – 90 – 120 – 150 – 180 – 200 Au-dessus de 200 mg $\Rightarrow$ progression par palier de 30 à 60 mg. Dans certaines situations, on pourra donner la morphine longue action aux 8 heures. Il s'agit de patients pour lesquels on note une incidence anormalement élevée d'effets indésirables en début d'intervalle, associée à un mauvais soulagement en fin d'intervalle, malgré l'augmentation des doses aux 12 heures.
Hydromorphone à libération rapide (q 4 heures) - Voie orale : 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 8 – 10 – 12 – 14 – 16 – 18 – 20 Au-dessus de 20 mg $\Rightarrow$ progression par palier de 4 à 6 mg. Ajuster les doses aux 16 à 24 heures. - Voie parentérale : 0,5 – 1 – 1,5 – 2 – 2,5 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 Au-dessus de 10 mg $\Rightarrow$ progression par palier de 2 à 3 mg
Hydromorphone à libération contrôlée ou longue action (q 12 heures) - Même principe de calcul et d'administration que pour la morphine à longue action. 3 – 6 – 9 – 12 – 15 – 18 – 21 – 24; 30 – 36 – 42 – 48 – 54 – 60 Au-dessus de 60 mg bid $\Rightarrow$ progression par palier de 9 à 12 mg
Ne pas oublier que l'hydromorphone est cinq fois plus puissante que la morphine.

Adapté du guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.22-23

Tableau 1.5
Doses équianalgésiques des opioïdes ¹

Médicament	Dose orale (mg)	Dose i.m./s.c. (mg)
Morphine	20 à 30	10
Hydromorphone	4 à 6	2
Codéine *	200	120
Oxycodone	10 - 15	non disponible

Ces doses sont équianalgésiques lorsqu'elles sont administrées de façon régulière.

* Environ 60% de la codéine p.o. est absorbée. Elle subit par la suite une transformation hépatique en morphine équivalant à environ 10% de la dose de codéine absorbée.

10% des patients ne métabolisent pas la codéine.

50mg¹ à 60mg p.o. morphine / 24 heures = 25 mcg de fentanyl transdermique

¹ Tiré du Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.21

Tableau 1.5.1
Opioides : équivalences

Duragésic	Morphine p.o./jour	Morphine s.c./jour	Hydromorphone p.o./jour	Hydromorphone s.c./jour	Codéine p.o./jour
½ timbre 25 mcg (E.D.) ou 1 timbre de 12 mcg	30 mg (2,5 mg)	15 mg (1,25 mg)	6 mg (0,5 mg)	3 mg (0,25 mg)	300 mg
25 mcg (E.D.)	60 mg (5 mg)	30 mg (3 mg)	12 mg (1 mg)	6 mg (0,5 mg)	600 mg
50 mcg (E.D.)	120 mg (10 mg)	60 mg (6 mg)	24 mg (2 mg)	12 mg (1 mg)	-----
75 mcg (E.D.)	180 mg (15 mg)	90 mg (9 mg)	36 mg (3 mg)	18 mg (1,5 mg)	-----
100 mcg (E.D.)	240 mg (20-25 mg)	120 mg (12 mg)	48 mg (4-5 mg)	24 mg (2,5 mg)	-----

E.D. : entredose

Tableau 1.5.2
Micro-compendium des opioides disponibles

Opioides	Durée d'action	Principales dénominations commerciales	Saupoudrer sur aliments	Formats disponibles
Codéine CA	3-4 hres	Emtec Triatec (avec acétaminophène) Codéine		Comprimés : 15 mg 30 mg Liquide p.o. : 5 mg/ml
Codéine s.c.	3-4 hres			Ampoules : 30, 60 mg/ml
Codéine LA	12 hres	Codéine Contin		Comprimés : 50 mg 100 mg 150 mg 200 mg
Morphine CA	4 hres	Statex M.O.S.		Comprimés : 5, 10, 20, 25, 30, 40, 50, 60 mg Liquide p.o. : 1, 5, 10, 20, 50 mg/ml
Morphine LA	12 hres	MS Contin M Eslon M.O.S.-SR	M Eslon ¹ (capsules)	Comprimés : 15, 30, 60, 100, 200 mg Capsules : 10, 15, 30, 60, 100, 200 mg Suppositoires : 30, 60 mg (MS Contin)
Morphine LA	24 hres	Kadian	Kadian	Capsules : 10, 20, 50, 100 mg
Morphine s.c.	4 hres			Ampoules : 1, 2, 5, 10, 15, 25, 50 mg/ml
Hydromorphone CA	4 hres	Dilaudid		Comprimés : 1, 2, 4, 8 mg Liquide p.o. : 1 mg/ml Suppositoires ² : 3 mg
Hydromorphone LA	12 hres	Hydromorph- Contin	Hydromorph- Contin	Capsules : 3, 6, 12, 18, 24, 30 mg
Hydromorphone s.c.	4 hres	Dilaudid		Ampoules : 2, 10, 20, 50 mg/ml
Oxycodone CA	3-4 hres	Oxy-IR Supeudol		Comprimés : 5, 10, 20 mg Suppositoires ² : 10, 20 mg (Supeudol)
Oxycodone LA	12 hres	Oxy Contin		Comprimés : 5, 10, 20, 40, 80 mg
Fentanyl timbres cutanés	72 hres	Duragésic	Ne jamais couper	Timbres : 12, 25, 50, 75, 100 mcg

CA : courte action

LA : longue action

¹ Saupoudrer sur des aliments froids à consistance molle et ne jamais mâcher.

² Il est recommandé de ne pas couper les suppositoires.

Figure 1.4
RÉGIONS D'APPLICATION DES TIMBRES DE FENTANYL TRANSDERMIQUES

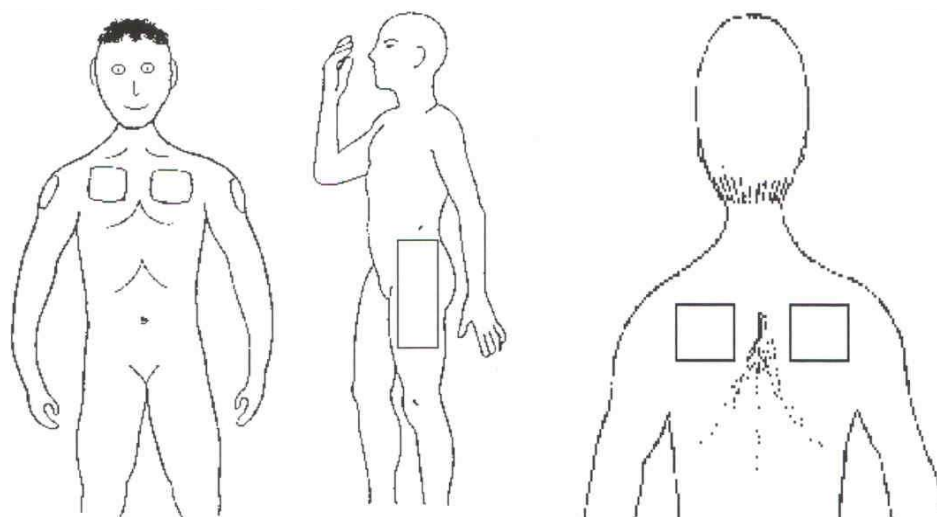


Tableau 1.6

Méthodes de passage de la voie orale ou sous-cutanée à la voie transdermique et vice-versa					
Temps (Jour 1)					
	0	4h	8h	12 h	Entredose (ED)
Voie orale → voie transdermique	Appliquer le timbre + 1 dose opioïde LA [#] ou continuer dose régulière courte action 0, 4h, 8h				PRN
Voie sous-cutanée → voie transdermique	Appliquer le timbre + pleine dose s.c.	Pleine dose s.c.	Pleine dose s.c.	Cesser s.c.	PRN
PSCC → voie transdermique	Appliquer le timbre, continuer pleine dose PSCC 4 à 8 h puis cesser PSCC				PRN
Voie transdermique → voie orale	Retirer le timbre		Pleine dose opioïde LA		PRN
Voie transdermique → voie sous-cutanée	Retirer le timbre		Débuter pleine dose s.c.	Pleine dose s.c.	PRN
Voie transdermique → PSCC	Retirer le timbre		Débuter pleine dose PSCC ou * possible de débuter par une entredose suivie de pleine dose à 12h	Pleine dose PSCC	PRN

[#] : LA : longue action; PSCC : perfusion sous-cutanée continue; PRN : si besoin

* : Il existe actuellement très peu de données dans la documentation scientifique à ce sujet. Ces différentes méthodes proposées ne sont qu'un guide et ne peuvent s'appliquer que **sous surveillance étroite**.

Référence : Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.25.

Algorithme 2.1

Halitose

« odeurs »

- ◆ NaCl 0,9% 1/3 + gargarisme sans alcool 1/3 (ex. : Biotène) + peroxyde 3% 1/3 gargariser avec 15 à 30 ml ajouter le peroxyde juste avant de gargariser

ou

- ◆ NaCl 0,9% 1/2 + peroxyde 3% 1/2 gargariser avec 15 à 30 ml 4-5 fois/jour, laisser agir, puis rincer avec salin par la suite.
- ◆ Si infection, traiter l'infection.

Saignement

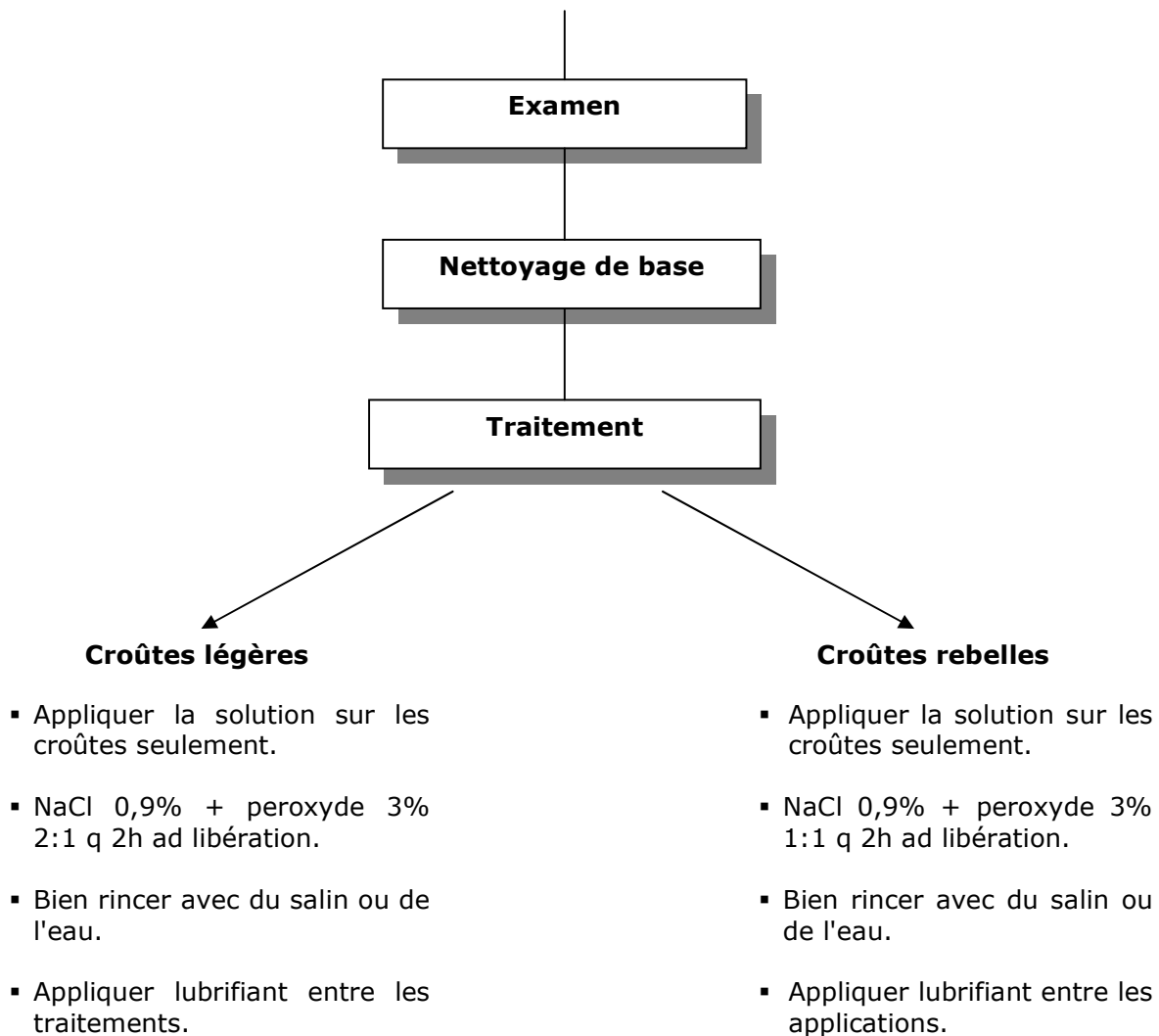
- ◆ Éviter les aliments croustillants ou chauds.
- ◆ Précaution lors du brossage des dents ou l'utilisation de toothette.
- ◆ Rince-bouche avec salin, bicarbonate ou chlorhexidine 0,1% (Peridex, sur prescription).
- ◆ Si inefficace : aviser le médecin traitant.
- ◆ Éviter le rince-bouche habituel pendant 1 à 3 jours.
- ◆ Truc maison : application de sachet de thé (tanin).

Agueusie, goût bizarre (perte de goût)

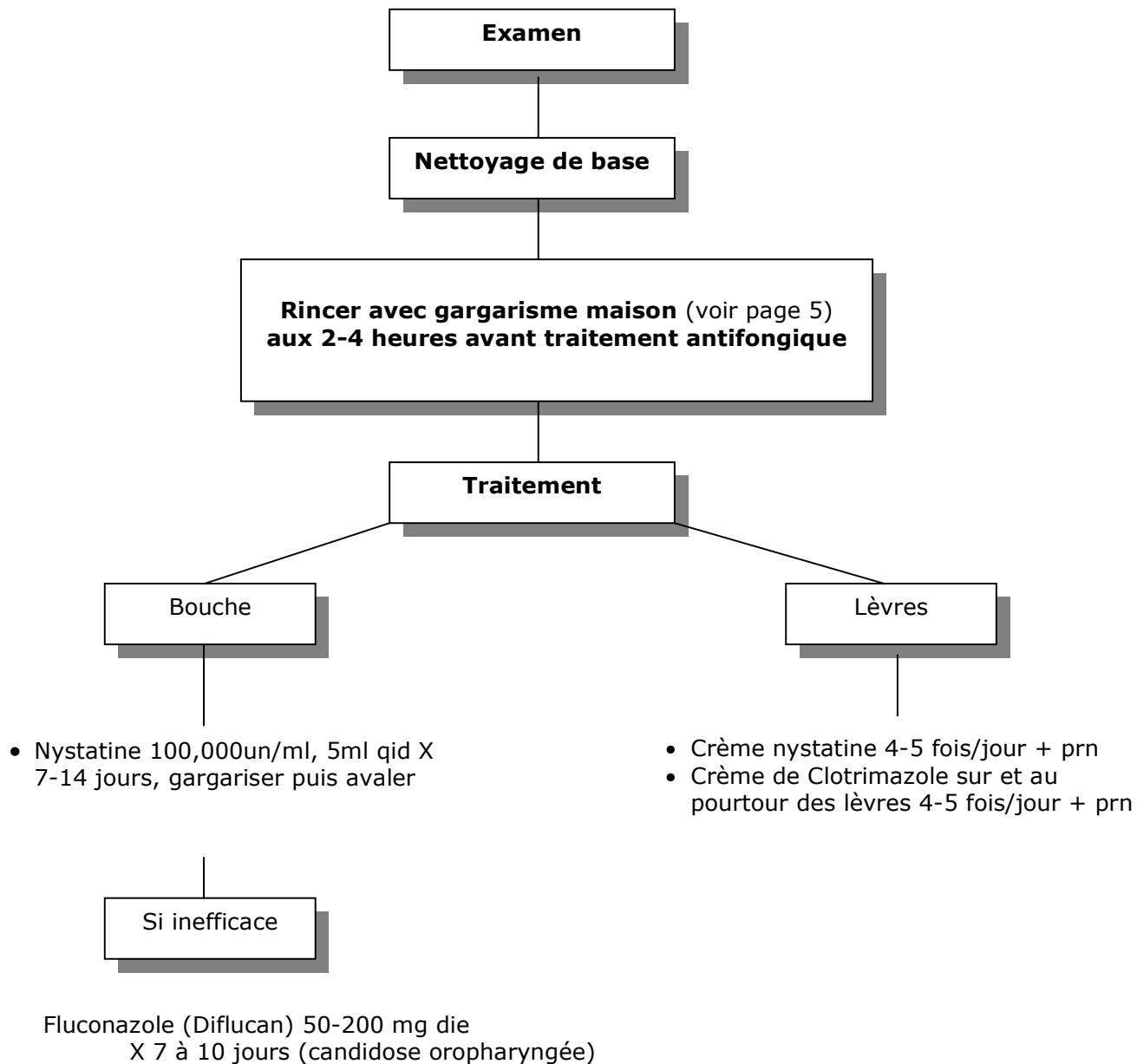
- ◆ Approche diététique :
Masquer le goût amer en rehaussant le goût de certains aliments par des marinades, condiments, fines herbes.
Enlever les goûts étranges avec du liquide de type Ginger Ale, thé, jus de fruits, de légumes ou boissons gazeuses.
- ◆ Zinc 50-150 mg/jour en dose divisée.¹ (L'expérience clinique démontre un délai d'action probable de quelques semaines).
- ◆ Dexaméthasone 2 mg tid X 1 semaine, puis diminuer graduellement.¹
- ◆ Si le problème persiste, consulter l'équipe des soins palliatifs.

¹ Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.124.

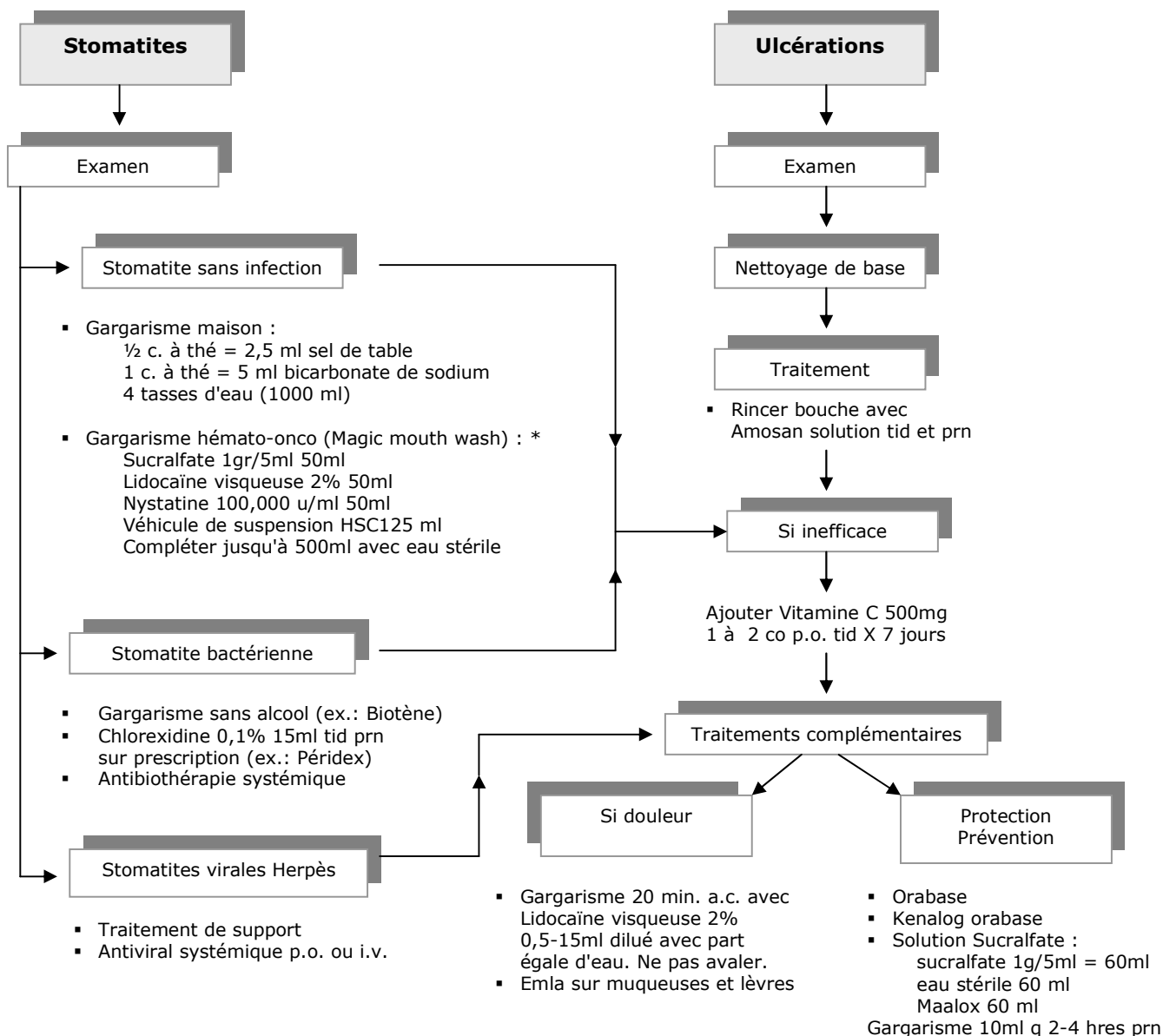
Algorithme 2.2
Croûtes – dépôts



**Algorithme 2.3
Infection fongique**



Algorithme 2.4 Stomatites et ulcérations



* gargarisme héματο-oncologie, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Référence : Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^eéd., 2002, p.126

Étiologie

Plusieurs facteurs physiopathologiques peuvent occasionner des nausées :

◆ Les médicaments

- Antibiotiques
- Anticholinergiques
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Antinéoplasiques
- Digoxine
- Opioïde
- Sevrage aux opioïdes ou aux benzodiazépines
- Théophylline

◆ Les désordres électrolytiques

- Alcalose métabolique
- Hypercalcémie
- Hypochlorémie
- Hypokaliémie
- Hyponatrémie
- Urémie

◆ Les déséquilibres endocriniens

- Acidocétose diabétique
- Hyperparathyroïdie
- Hypothyroïdie
- Insuffisance surrénalienne

◆ Troubles gastro-intestinaux

- Carcinome gastrique ou pancréatique
- Gastro-entérite
- Gastroparésie
- Obstruction (occlusion et sub-occlusion) intestinale
- Stase gastrique
- Syndrome de l'intestin irritable
- Ulcère peptique
- Constipation

◆ **Divers**

- Radiothérapie
- Métastases méningées ou cérébrales
- Métastases hépatiques
- Douleur
- Hypotension
- Hypoxie
- Migraine
- Hépatite virale
- Atteinte vestibulaire
- Facteurs psychosociaux

Au moins un patient sur deux présentera des nausées associées à la prise d'opioïdes. Une tolérance peut toutefois se développer à la longue. Il est préférable de commencer à faible dose et de rechercher en tout temps la dose minimale efficace afin de limiter les effets secondaires possibles des antinauséeux.

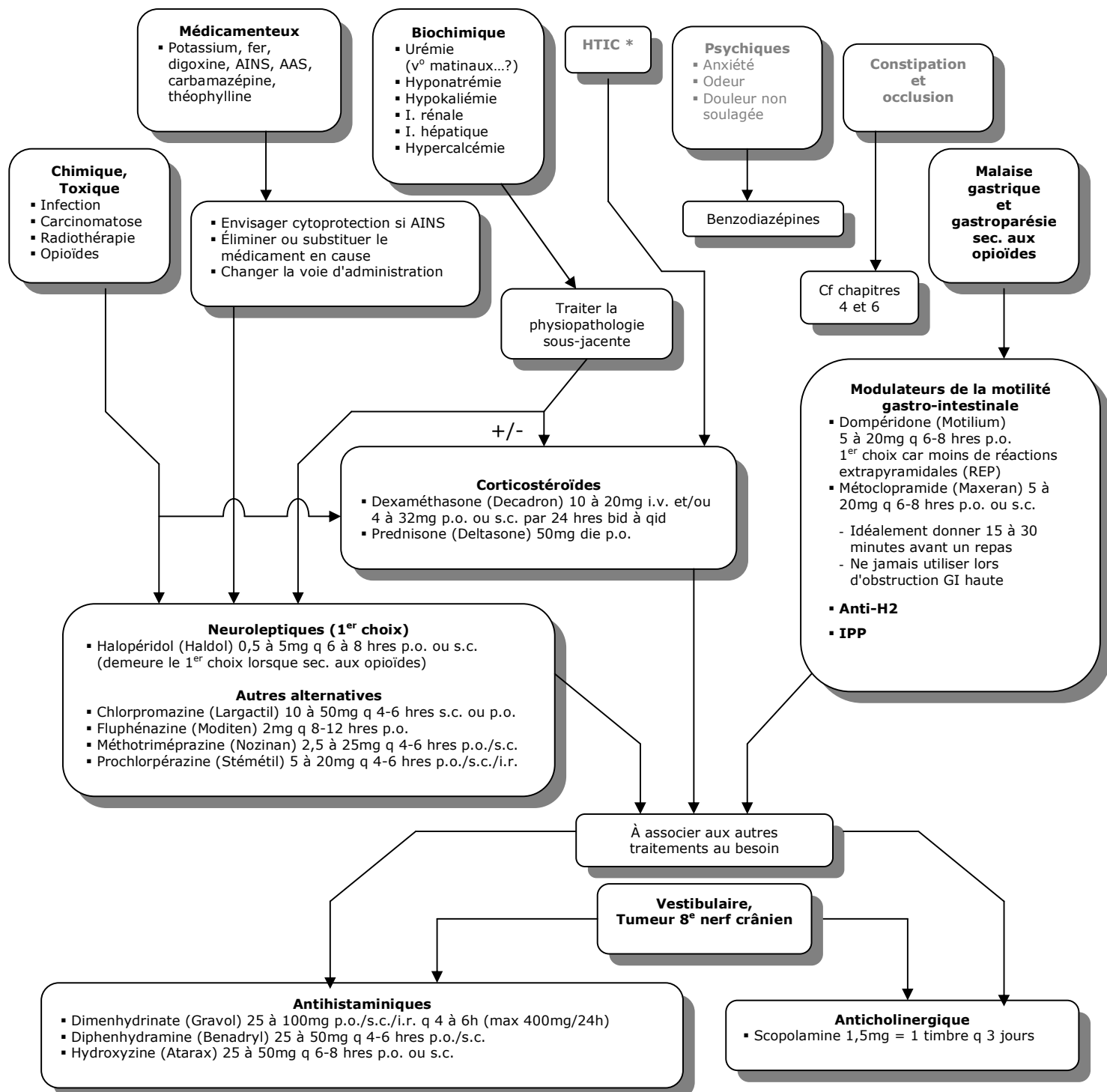
Tableau 3.1
Origine des nausées et vomissements

Causes	Sites	Traitements
▪ Néoplasie cérébrale ▪ Hypertension intracrânienne ▪ Sens ▪ Douleurs ▪ Anxiété	▪ Cortex cérébral	▪ Les benzodiazépines ainsi que les corticostéroïdes sont le traitement de base.
▪ Mouvements ▪ Tumeur du 8^e nerf	▪ Noyau vestibulaire	▪ Antihistaminiques.
▪ Médicaments ▪ Toxique ▪ Biochimique ▪ Radiothérapie	▪ Zone chimioréceptrice	▪ Répondent souvent aux neuroleptiques. Pour ce qui est des opioïdes, une tolérance se développe en général, permettant l'arrêt ou la diminution de l'antiémétique; rechercher la dose minimale efficace. ▪ Corticostéroïdes.
▪ Distension ▪ Stase ▪ Compression ▪ Inflammation ▪ Obstruction du tractus GI	▪ Tractus gastro-intestinal, nerf vague	▪ L'incidence des troubles de la motilité du tractus gastro-intestinal augmente avec le temps ou la dose d'opioïde utilisée. Vomissements habituellement tardifs. ▪ Modulateurs de la motilité gastro-intestinale. ▪ Traitement de l'occlusion.
▪ Néoplasie ▪ Radiothérapie pelvienne et abdominale ▪ Constipation	▪ Tractus gastro-intestinal, nerf vague	▪ Corticostéroïdes ▪ Traitement de la constipation ▪ Sétrons

Adapté du guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002.

Approche thérapeutique

Algorithme 3.1
 Nausées et vomissements



* Hypertension intracrânienne

Adapté du Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.103-104

Tableau 4.1

Guide pharmacologique de prévention et traitement de la constipation

Classification des laxatifs : *

Les agents de volume communément appelés "fibres" (carboxyméthylcellulose, psyllium...) ne sont pas recommandés car ils doivent être pris avec de grandes quantités d'eau. Ils ne constituent pas un bon choix chez les patients alités, inactifs ou chez ceux qui ne peuvent rencontrer les besoins hydriques recommandés car ils peuvent alors favoriser la formation de fécalomes.

L'huile minérale n'est pas recommandée chez les patients alités à cause du risque d'aspiration associé au reflux, à l'irritation et au prurit anal possible. Elle peut être un second choix chez le patient ambulant lorsque administrée de jour avec un agent stimulant.

Classe et mécanisme Nom générique et présentation	Début d'action	Doses	Particularités
ÉMOLLIENTS Ramollissent les selles en facilitant l'incorporation de matières aqueuses et graisseuse Docusate de sodium 100mg caps, 20mg/5ml liq. oral Docusate de calcium 240 mg Les deux ont la même efficacité et, à dose identique, ils contiennent la même quantité d'acide dioctylsulfosuccinique.	24-48 heures et jusqu'à 5 jours	100 mg à 1600 mg p.o. par jour en doses divisées	Site d'action : petit et gros intestin Indiqués pour la constipation induite par des médicaments ou chez les patients qui doivent éviter l'effort. <u>Ne pas administrer avec huile minérale</u> car peut favoriser son absorption systémique ⇒ risque d'embolie graisseuse.
AGENTS DE CONTACT (ou agents stimulants) Stimulent les plexus nerveux de l'intestin, irritent localement et favorisent ainsi le péristaltisme. 1 ^{er} choix : Sennosides parce que moins violent que Bisacodyl. Sennosides 8,6-12mg co., 8,5mg/5ml liq. oral	6 à 10 heures	8,6mg : 1 à 2 co. die à qid 12mg : 1 à 2 co. die à qid Des doses plus élevées peuvent être utilisées en soins palliatifs jusqu'à 137,6mg par jour	Site d'action : colon Utiliser en association avec émoullient pour la constipation induite par des médicaments.
2 ^e choix : Bisacodyl 5mg co.; 5-10mg supp.	p.o. < 6 heures i.r. = 15-60 minutes	5 à 15mg p.o. par jour (peut être administré en une seule dose au coucher) Des doses plus élevées peuvent être utilisées en soins palliatifs jusqu'à 15mg tid	Site d'action : colon L'enrobage entéro-soluble prévient l'irritation de l'estomac. Ne pas écraser, ni prendre avec lait ou anti-acides (détruit l'enrobage).

* N.B. : Seuls les agents retenus pour le guide ou pouvant représenter une alternative aux agents utilisés sont décrits.

Classe et mécanisme Nom générique et présentation	Début d'action	Doses	Particularités
OSMOTIQUES Agissent par osmose en retenant l'eau dans l'intestin, ce qui induit un péristaltisme réflexe.			Site d'action : colon Sucré, à diluer avec eau ou jus pour masquer le goût. Peut causer flatulence et crampes en début de traitement. Peut être préféré dans le syndrome de l'intestin irritable ou si crampes avec les agents stimulants.
Lactulose	24-48 heures	15 à 60ml die à bid	
Glycérine, suppositoire Osmotique et lubrifiant	15-60 minutes		Lubrifie les selles accumulées.
Polyéthylène glycol (PEG avec électrolytes ou solution iso-osmotique) (Colyte, Peglyte, Golytely, Lyte prep...)	1-4 heures (dose purgative) 2 à 4 jours (dose laxative)	Dose purgative : environ 2 litres, soit 240ml aux 10 à 15 minutes jusqu'à efficacité. Dose laxative : 240 à 480ml p.o. die	Prendre froid pour masquer le mauvais goût et boire rapidement chaque portion. Stable 30 jours au frigo lorsque dilué.
SALINS Agissent par osmose en retenant l'eau dans l'intestin, ce qui induit un péristaltisme réflexe.			Site d'action : petit et gros intestin. Le lait de magnésie est efficace pour la constipation induite par des médicaments. Il peut être une alternative au docusate si inefficace. Il peut être également une alternative si sennosides et bisacodyl inutilisables. Attention à l'hypermagnasémie dans un contexte d'insuffisance cardiaque ou de désordre électrolytique. Contre-indiqué en insuffisance rénale.
Hydroxide de magnésium (lait de magnésie) Le moins violent des salins.	6 à 8 heures	30 à 60ml die à bid	
Citrate de sodium (microlax lavement)	5-10 minutes		
Phosphate de sodium (Fleet Phospho-Soda p.o. ou Fleet lavement)	p.o. ⇒ 30 minutes à 3 heures i.r. ⇒ 2 à 5 minutes	p.o. 20 à 25ml dans ½ verre d'eau ou jus sucré et faire suivre de 250ml d'eau Dose maximale recommandée : 45ml par jour	Contre-indiqué en insuffisance rénale.

Références :

Avila J.G. Pharmacologic treatment of constipation in cancer patients. Cancer Control. May/June 2004; vol.11 no 3, suppl 1:10-18
Doucet G. Constipation, notes de cours. Faculté de l'éducation permanente. Université de Montréal.
Néron A. et coll. Constipation et fécalome. Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002. Gestion de la douleur et autres symptômes, p.139-146.
Vigilance Santé, logiciel d'information pharmaceutique. Les Laxatifs. Tableau 65 consulté le 5 décembre 2005.

Guide pharmacologique de prévention et traitement de la constipation

- Si la santé du patient le permet, et à moins de contre-indication médicale, introduction de jus de pruneaux et de fibres. Bien respecter l'horaire biologique du patient. Favoriser l'intimité. Augmenter l'hydratation selon tolérance.
- À débiter en même temps que les opioïdes après avoir vérifié que le patient ne présente pas déjà une constipation établie – s'assurer que le patient a fait au moins une selle dans les 3 derniers jours. S'il y a lieu, appliquer l'algorithme de la constipation établie et du fécalome.
- Le but est d'avoir une selle tous les 2 à 3 jours.
- Si douleur abdominale aiguë ou vomissements inhabituels, contacter le médecin.
- Si diarrhée ou fréquence accrue des selles, suspendre les médicaments pendant 24 heures, puis reprendre ensuite l'étape en cours.
- Les médicaments suivants sont inscrits à la liste des médicaments de la RAMQ à titre de médicaments d'exception :
 - Docusate de calcium
 - Sennosides et Bisacodyl
 - Lactulose
 - Suppositoires de glycérine
 - Lavement *Microlax*
 - Lavements *Fleet* adulte et huileux
 Motif d'exception : traitement de la constipation liée à une condition médicale.
- Les médicaments *Fleet Phosphosoda oral* et PEG avec électrolytes ne sont pas couverts par la RAMQ même à titre de médicaments d'exception.

Étape 1

Docusate de calcium 240mg 1 caps. BID
 Sennosides 8,6 mg 1 co. BID

Étape 2

Docusate de calcium 240mg 1 caps. BID
 Sennosides 12mg 1 co. BID

Étape 3

Docusate de calcium 240mg 1 caps. BID
 Sennosides 12mg 1 co. BID
 Lactulose 15ml BID

Étape 4

Docusate de calcium 240mg 1 caps. BID
 Sennosides 12mg 2 co. BID
 Lactulose 30 à 60ml BID

Les choix

- Les étapes 1, 2, 3, 4 présentent une combinaison de médicaments ainsi qu'une progression des doses de façon à mieux visualiser l'application du guide pharmacologique.
- Les PRN peuvent être administrés soit par voie rectale ou orale selon la préférence du patient ou selon la condition clinique.

Le guide

- À la 3^e journée sans selles, donner un PRN et poursuivre l'étape en cours.
 Si nécessité de un PRN par semaine (ou aucun PRN) :
 ⇒ poursuivre l'étape en cours.
 Si nécessité de deux PRN par semaine (ou plus) :
 ⇒ passer à l'étape suivante.
- À la 3^e journée, si le(s) PRN n'est pas efficace, appliquer alors l'algorithme de la constipation établie et fécalome et poursuivre par la suite avec l'étape suivante du guide pharmacologique.
- Si l'étape en cours est efficace (aucun besoin de PRN) mais que le patient présente un effort constant à la défécation ou que les selles demeurent dures, passer alors à l'étape suivante du guide pharmacologique.

LES PRN

PRN rectal (produits couverts par la RAMQ)

PRN rectal ⇒ un ou plusieurs produits peuvent être administrés. Suppositoire de glycérine adulte + suppositoire bisacodyl 10mg. Introduire le suppositoire de glycérine en premier. **Ne pas lubrifier**, on peut le mouiller 30 secondes. Ne pas piquer dans les selles.

Le suppositoire de bisacodyl doit être en contact avec la muqueuse rectale.

et / ou
 Lavement MICROLAX
 et / ou

Lavement FLEET (si échec au Microlax)

↓
 Si échec, débiter l'algorithme de la constipation établie.

PRN oral (produits non couverts par la RAMQ)

PRN oral ⇒ choisir l'un ou l'autre des produits recommandés.

FLEET PHOSPHOSODA oral

20 à 25ml (1/2 bouteille) à diluer dans ½ verre d'eau ou jus sucré et faire suivre de 250ml d'eau.

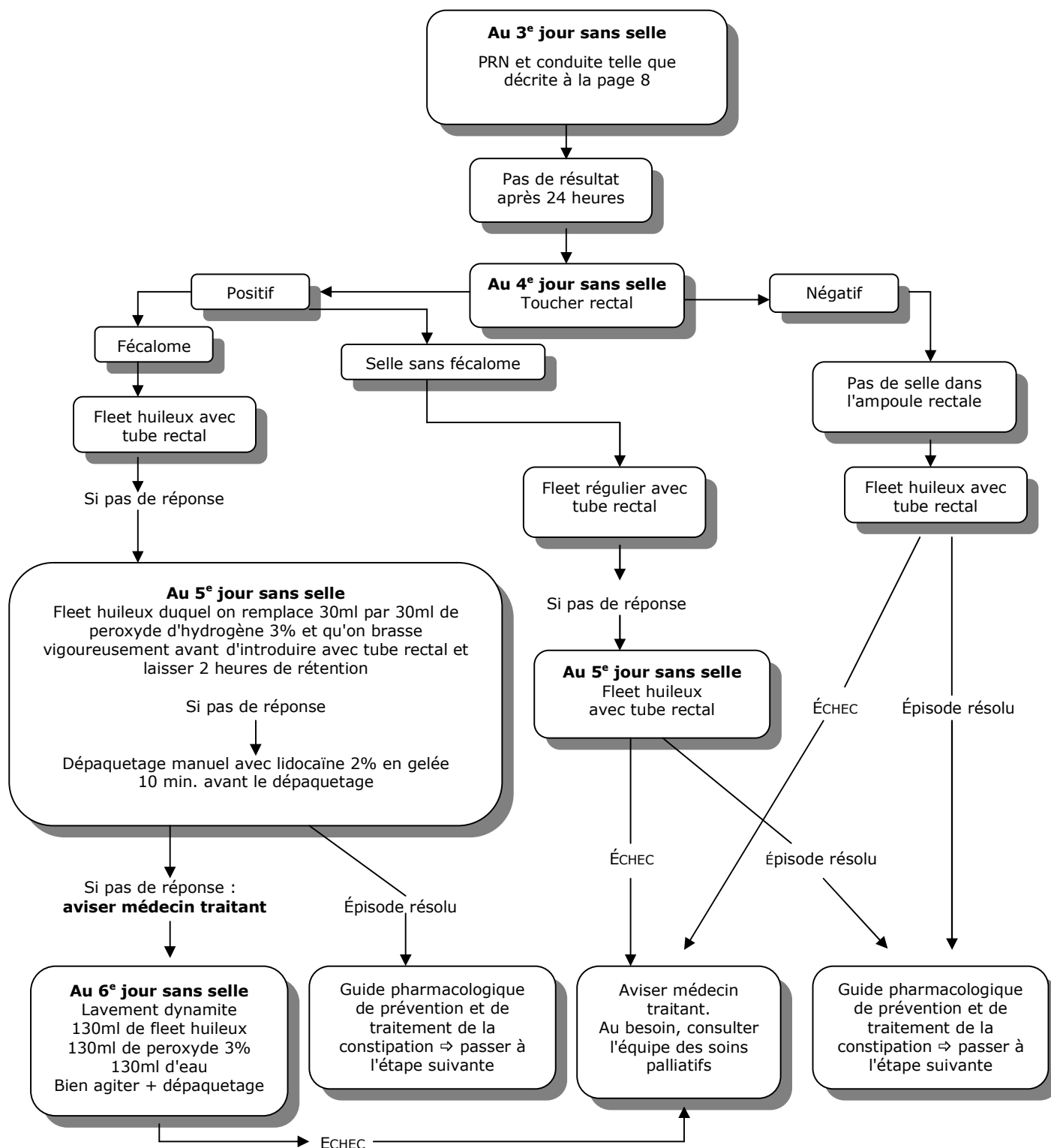
Peut être répété 3 heures plus tard si besoin.

OU

PEG avec électrolytes (Colyte, Peglyte, Golytely, Lyte prep...) 240ml aux 10 à 15 minutes jusqu'à efficacité pour un maximum de 2 litres. Prendre froid pour masquer le mauvais goût et boire rapidement chaque portion.

↓
 Si échec, débiter l'algorithme de la constipation établie.

Algorithme 4.1 Constipation établie et fécalome



Définition

Évacuation de selles moins consistantes, plus fréquentes et liquides.

Symptômes accompagnateurs

Coliques, flatulences.

Causes les plus fréquentes en soins palliatifs

- ◆ Les laxatifs.
- ◆ L'obstruction intestinale partielle.
- ◆ Le fécalome (la diarrhée de débordement).
- ◆ La colique postradique.
- ◆ La colectomie totale.
- ◆ Les patients iléostomisés ou colostomisés.
- ◆ Les médicaments.
- ◆ La malabsorption.
- ◆ Une entéropathie au VIH.
- ◆ L'intolérance au lactose.
- ◆ L'hémorragie gastro-intestinale.

Objectif

Éviter la déshydratation et rendre le patient confortable.

Le toucher rectal est très important. Toujours vérifier si ce n'est pas une diarrhée de débordement (fécalome).

Approche thérapeutique

- ◆ Cesser les laxatifs.
- ◆ Offrir de petites quantités de liquide afin d'éviter la distension gastrique.
- ◆ Maintenir l'hydratation adéquate avec du Lytren® ou l'équivalent et/ou 12 onces de jus d'orange sans sucre, 20 onces d'eau et ½ cuil. à thé de sel.
- ◆ Éviter les irritants, les produits laitiers.
- ◆ Donner une alimentation selon tolérance.
- ◆ Le retour à la diète normale peut se faire après 2 jours.
- ◆ Si diarrhée sévère :
 - Lopéramide (Imodium®) 2mg 2 co. stat, suivi de 1 co. après chaque selle, jusqu'à un maximum de 8 co. par 24 heures. Les effets secondaires de la médication sont la somnolence et les étourdissements.
 - Codéine 15 à 30mg s.c. q 4-6 heures prn ou 15 à 30mg p.o. q 4-6 heures.
 - Psyllium (Métamucil®) 2 cuil. à thé dans 50 ml d'eau q 4-6 heures.
- ◆ Il faut réviser les médicaments susceptibles de donner de la diarrhée, tels les anti-acides, les laxatifs, les antibiotiques, les A.I.N.S., la digoxine, la quinidine et les traitements d'oncologie.
- ◆ Si nous sommes en présence de diarrhée chronique : Lopéramide (Imodium®) 2 à 4mg p.o. q 6-8 heures.
- ◆ Si diarrhée chologénique et post radiothérapie : Cholestyramine (Questran®) 4g tid à qid p.o. avant les repas.
- ◆ Si colite pseudomembraneuse : Métronidazole (Flagyl®) 500mg tid p.o.
- ◆ Au besoin, consulter l'équipe des soins palliatifs.

Tableau 6.1
Signes et symptômes selon les niveaux d'occlusion

Niveau	Douleur	Vomissements	Dilatation	Péristaltisme
Haut Estomac	Minime	Importants Clairs ou nourriture non digérée	Normale	Normal ou clapotis
Moyen Petit intestin	Coliques péri- ombilicales	Moyens à graves Bilieus à fécaloïdes	Ballonnement moyen	Hyperactif Bruits métalliques
Bas Colique	Varie entre coliques à douleur sourde péri- ombilicale basse	Apparition tardive Fécaloïdes	Ballonnement important	Bruits métalliques espacés

Adapté du guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.133

Tableau 6.2

Médicaments utiles dans les situations de gastroparésie, de dysmotilité intestinale, de subocclusion évoluant vers une occlusion

Symptômes	Causes	Médicaments	Posologie
Nausées Vomissements	Stase gastrique	Prokinétique ¹ Métoclopramide ² (Maxeran) Dompéridone Cesser Prokinétiques si ↑ crampes ou ↑ des vomissements	5 à 10 mg s.c. ou p.o. q 6 à 8 heures 5 à 20 mg p.o. q 6 à 8 heures (tid ou qid)
Nausées Vomissements	Médicaments (opioïdes) et irritation de la CTZ ³	Butyrophénone (halopéridol = Haldol) ou Phénothiazine (prochlorpérazine=Stémétil)	0,5 à 5 mg p.o./s.c. par 24h die à qid 5 à 15 mg p.o./s.c./i.r. q 6 heures
Constipation	Sténoses musculaires multiples et/ou atonie digestive médicamenteuse et/ou pseudo-occlusion par envahissement rétropéritonéal	Émollient (docusate sodique=Colace) Stimulants (sénosides=Sénokot) ou/et (lactulose=Céphulac) ou/et (bisacodyl=Dulcolax) <i>cf chapitre 4</i> Éviter laxatif stimulant, si occlusion	100 à 1 600 mg par 24h 8,6mg ou 12mg : 1 à 2 co. die à qid 15 à 60 ml par 24h 5 à 15 mg die à tid p.o.
Spasmes musculaires	Contractions musculaires douloureuses du tractus digestif ou de la vessie	Anticholinergiques butylbromure d'hyoscine= Buscopan Glycopyrrolate Bromhydrate de Scopolamine	10 à 20 mg s.c. q 6-8 heures prn 0,2 à 0,4 mg s.c. q 4 heures 0,2 à 0,4 mg s.c. q 4-8 heures ou timbre transdermique q 3 jours Il est possible d'utiliser plus d'un timbre selon la réponse (maximum 3 timbres)
Douleur			Traitement de la douleur selon la cause
Occlusion	Blocage possible de l'estomac jusqu'au rectum	Octréotide (Sandostatine)	50 à 200mcg s.c. tid max 900mcg/jour Consulter équipe des soins palliatifs
Occlusion	Blocage par envahissement néoplasique péri-intestinal	Corticostéroïdes (Dexaméthasone)	4 à 20 mg par 24 h heures s.c. ou p.o. au départ. Si le patient répond, donner dose minimale p.o. Si inefficace, consulter l'équipe des soins palliatifs
Saignement du tractus digestif	Stase gastrique Envahissement néoplasique de la muqueuse Ulcère de stress Ulcère peptique	Anti-H2 : Ranitidine (Zantac) Famotidine (Pepcid s.c.) IPP : Lansoprazole (Prevacid) Esomeprazole (Nexium) Autres : Oméprazole Pantoprazole Rabéprazole	50 mg s.c. q 8 heures 20 mg s.c. bid 30 mg die à bid à saupoudrer sur les aliments (compote de pommes) ou dans du jus 40 mg die à faire fondre dans un verre d'eau et administrer à l'intérieur de 30 minutes 20mg die à bid 40mg die à bid 20mg die à bid } ne pas saupoudrer ou faire fondre

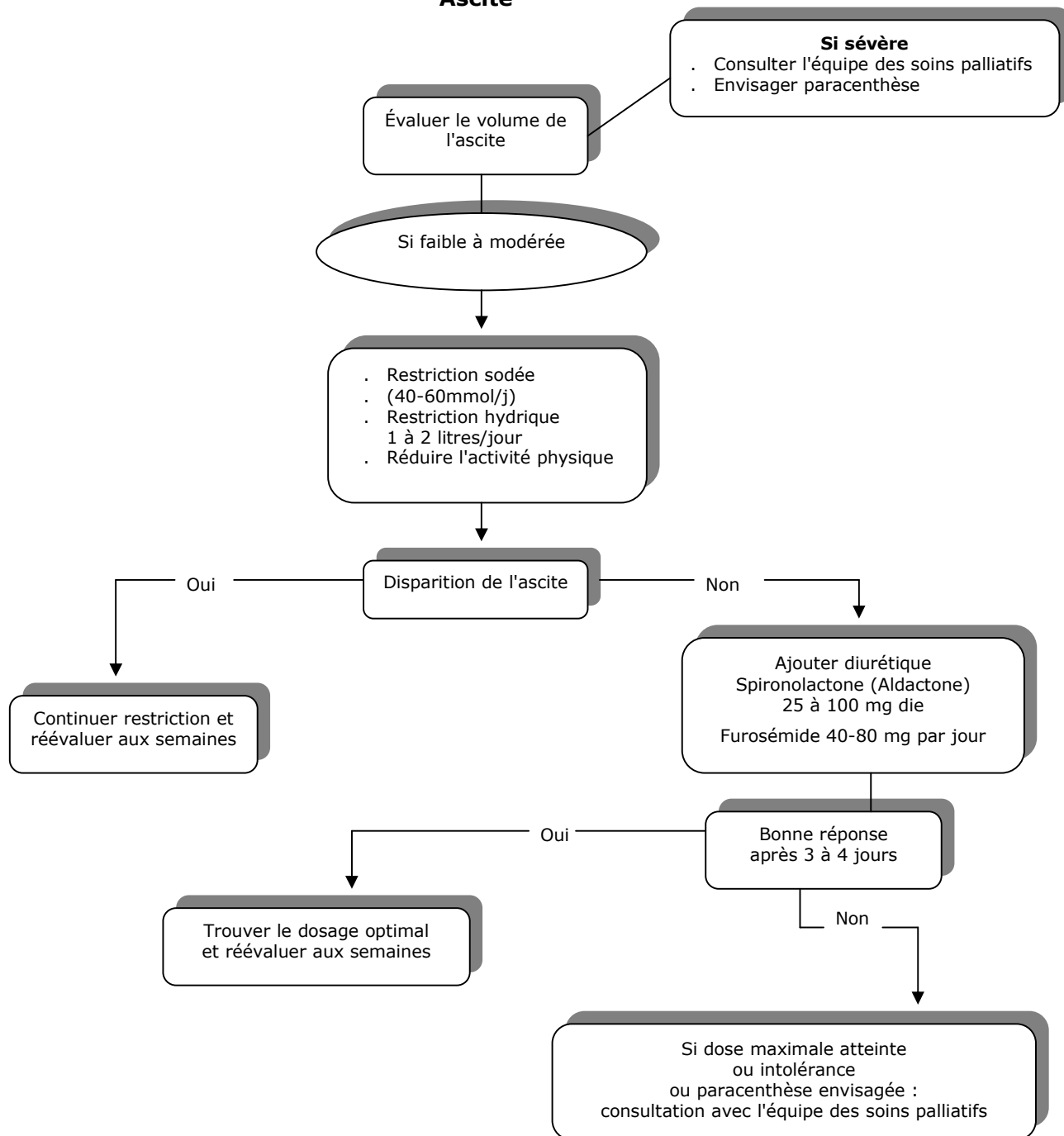
¹ Contre-indiqué en cas d'occlusion haute (proximal à l'angle de Treitz)

² Le métoclopramide est le seul prokinétique injectable

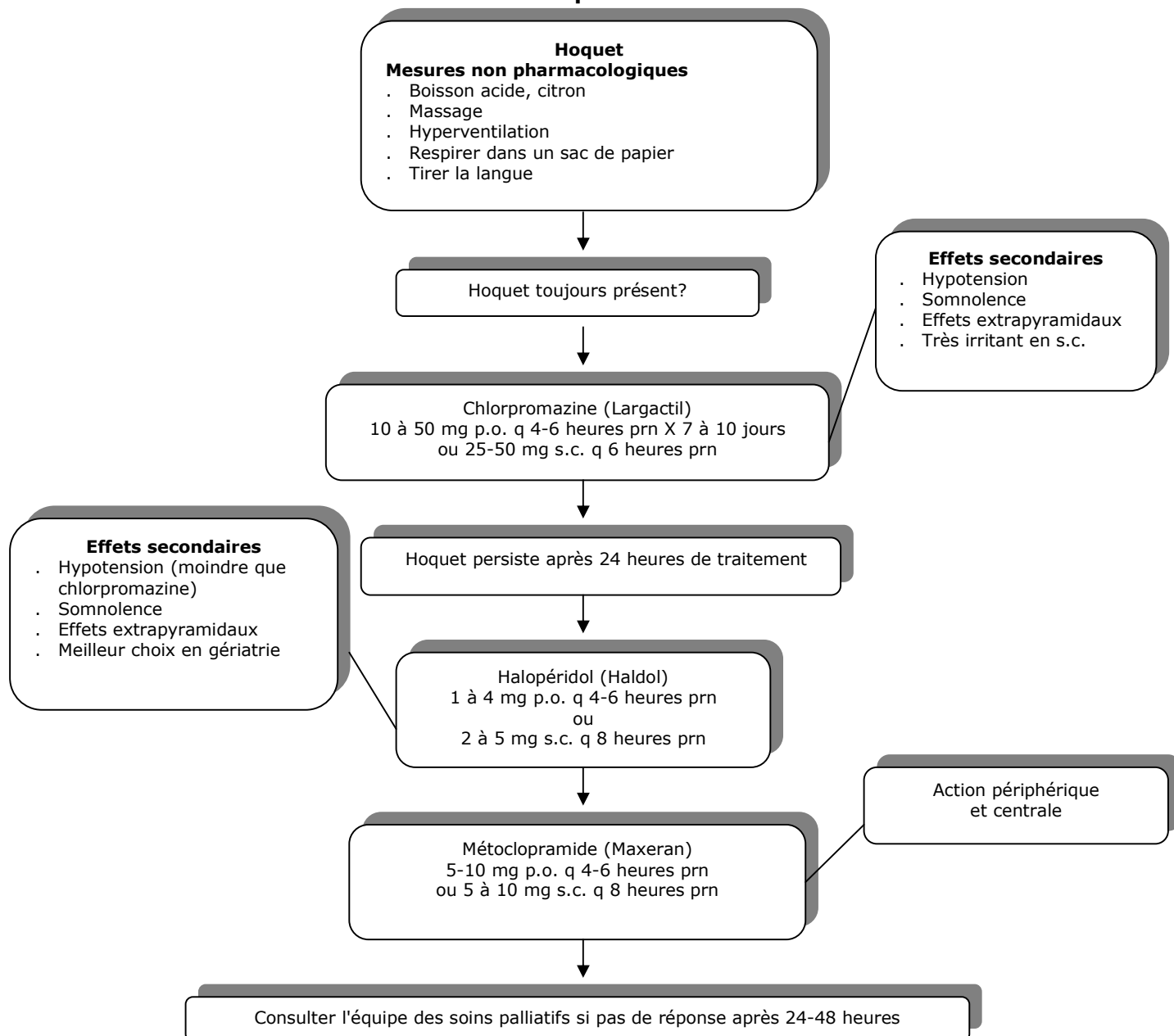
³ CTZ (chemoreceptor trigger zone) = zone chémoréceptrice réflexogène ou bulbaire

Approche thérapeutique

Algorithme 7.1
 Ascite



Algorithme 8.1 Hoquet



Définition

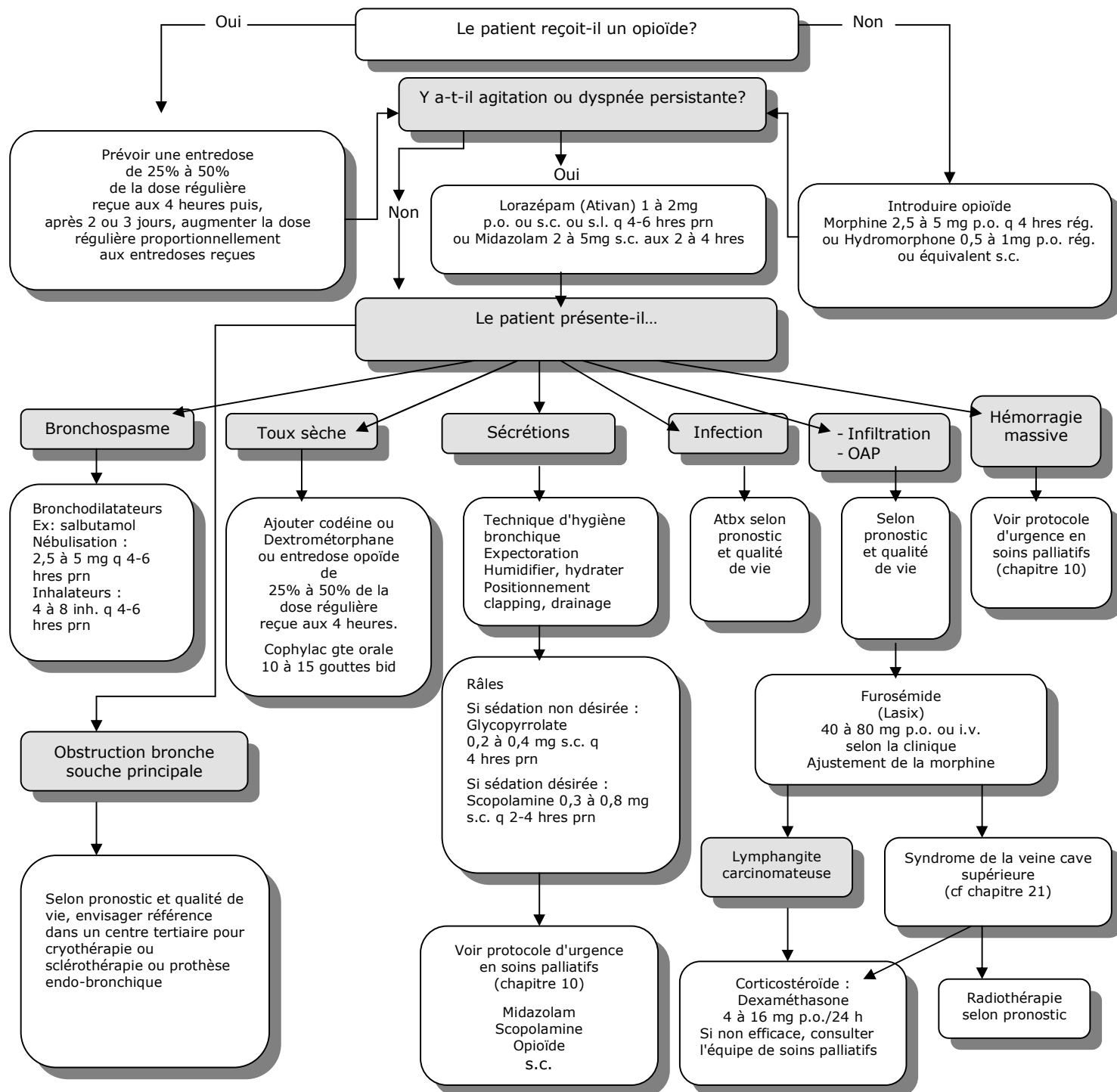
Sensation subjective d'inconfort, d'étiologies multiples, associée à l'acte de respirer.

Étiologie

Tableau 9.1
Étiologie de la dyspnée

Directement causée par le cancer ▪ Atteinte parenchymateuse, primaire ou métastatique ▪ Épanchement pleural ▪ Syndrome de la veine cave supérieure ▪ Lymphangite carcinomateuse ▪ Obstruction intrinsèque ou extrinsèque des voies aériennes par la tumeur ▪ Tumeur de la sphère ORL ▪ Ascite – hépatomégalie ▪ Adénopathie hilare et médiastinale ▪ Épanchement péricardique ▪ Atteinte pleurale ▪ Douleur ▪ Métastases osseuses ▪ Métastases diaphragmatiques
Indirectement causée par le cancer ▪ Anémie ▪ Cachexie ▪ Embolie pulmonaire ▪ Pneumonie (aspiration) ▪ Fièvre ▪ Acidose métabolique ▪ Radiothérapie ▪ Chimiothérapie ▪ Distension gastrique ▪ Anxiété ▪ Atteinte psychologique ▪ Douleur
Non reliée au cancer ▪ MPOC ▪ Insuffisance cardiaque, infarctus ▪ Anxiété ▪ Obésité ▪ Fatigue des muscles respiratoires, etc. ▪ Atteintes psychologiques (conflits, peur)

Algorithme 9.1
Approches pharmacologiques de la dyspnée



* Ex.: M Eslon 30mg bid = Morphine 10mg q 4 h rég.
 = HydromorphContin 6mg bid = Dilaudid 2mg q 4 h rég.
 = Duragesic 25mcg/h

donc : ED pour dyspnée de 25 à 50% de la dose régulière reçue
 aux 4 heures soit : 2,5 à 5mg PRN de morphine = 0,5 à 1mg PRN d'hydromorphone

Si patient souffrant et dyspnéique, administrer l'ED prescrite pour la douleur.

Tableau 10.1
Présentation et stabilité en seringues des médicaments
utilisés dans le protocole d'urgence

	Présentation	Stabilité en seringues préparation sous hotte	Stabilité en seringues préparation au chevet ¹
Bromhydrate d'hyoscine (Scopolamine)	0,4 et 0,6 mg/ml	14 jours, seul en seringue, protéger de la lumière T° de la pièce	24 hres T° ambiante
Glycopyrrolate (Robinul)	0,4 mg/2ml	7 jours, seul en seringue, <u>réfrigérer</u>	24 hres
Hydromorphone (Dilaudid)	10 mg/ml	Non dilué, pas de perte à 30 jours à 30°C	24 hres T° ambiante 72 hres réfrigérateur
Midazolam (Versed)	5 mg/ml	Non dilué, pas de perte à 36 jours, 25°C protégé de la lumière	24 hres T° ambiante
Morphine	1, 2, 5, 10, 25, 50 mg/ml	≥ 69 jours, dégradation acceptable, entre 22,8 et 25,3°C	24 hres T° ambiante 72 hres réfrigérateur

¹ Lors de préparation au chevet du patient, la durée de conservation si courte est consécutive à une préparation non stérile et donc au risque de contamination.

Afin d'éviter toute confusion dans l'utilisation quotidienne des protocoles, nous recommandons lors de la préparation :

1. Préparation sous hotte :
 - . de changer les seringues de morphine, d'hydromorphone et de versed aux 30 jours
 - . de changer les seringues de glycopyrrolate et de bromhydrate d'hyoscine aux 7 jours.
2. Préparation au chevet :
 - . de changer toutes les seringues aux 24-48 heures.

Tableau 10.2
Compatibilité et stabilité en seringues des médicaments
utilisés dans le protocole d'urgence

	Compatibilité	Stabilité
Morphine + bromhydrate d'hyoscine ¹	physique	15 min
Morphine 15 à 30 mg + glycopyrrolate	physique et pH stable	48 h à 25°C
Morphine + midazolam (dose inconnue)	physique	24 h TP ²
morphine 10 mg + midazolam 5 mg	physique	4 h à 25°
Hydromorphone + bromhydrate d'hyoscine ¹	physique	30 min
Hydromorphone 2 à 4 mg + glycopyrrolate	physique et pH stable	48 h à 25°C
Hydromorphone 2 mg + midazolam 5mg	physique	4 h à 25°C
Morphine + bromhydrate d'hyoscine ¹ + Midazolam	physique et pH, si ajout de NaCl 0,9% 60 à 250ml	Protégé de la lumière 25°C 5 à 7 jours
Morphine + glycopyrrolate + Midazolam	Pas de données	_____
Hydromorphone + bromhydrate d'hyoscine ¹ + midazolam	Pas de données	_____
Hydromorphone + glycopyrrolate + Midazolam	Pas de données	_____

¹ scopolamine

² TP : température de la pièce

Composition du protocole

- 4) Seringue # 1 : une benzodiazépine (généralement le midazolam)
- 5) Seringue #2 : un opioïde (morphine, hydromorphone)
- 6) Seringue #3 : un anticholinergique (bromhydrate d'hyoscine (scopolamine), glycopyrrolate)

Toute la médication peut être administrée dans le même papillon. Toutefois, pour des questions de volume, il est plus simple d'utiliser 2 papillons. Administrer les seringues #1 et #2 dans un papillon et la seringue #3 dans un autre papillon (ou directement en sous-cutané lorsqu'un seul papillon est installé et que du personnel qualifié est au chevet du malade). Idéalement, il faudra s'être assuré que ces papillons n'étaient pas utilisés pour d'autres médicaments (il est à noter que, dans une situation d'urgence telle qu'une détresse respiratoire, le plus important est de soulager le patient; cette dernière considération peut alors devenir secondaire).

L'utilisation du protocole d'urgence avec 3 agents combinés dans une même seringue repose uniquement sur l'expérience clinique. La principale limite demeure le bromhydrate d'hyoscine (scopolamine). Nous recommandons donc l'administration des trois agents combinés uniquement lorsque les accès sont limités et que du personnel infirmier est sur place. L'injection doit alors se faire lentement en environ 3 minutes (à cause du volume) dès que le mélange est prêt.

Protocole d'urgence – ordonnance médicale

La principale indication du protocole d'urgence demeure la détresse respiratoire.

Vu les stabilités variables en seringue, il sera plus simple de préparer le protocole en trois seringues différentes avec enseignement approprié au personnel et/ou à la famille.

- 1) Seringue #1 : une benzodiazépine (généralement le midazolam)
- 2) Seringue #2 : un opioïde (morphine, hydromorphone)
- 4) Seringue #3 : un anticholinergique (bromhydrate d'hyoscine (scopolamine), glycopyrrolate)

En CHSGS, la préparation en deux seringues est d'utilisation simple et rapide; on gardera l'anticholinergique seul dans la 3^e seringue.

Pré-requis obligatoires :

- ☐ Pas de réanimation cardio-respiratoire
- ☐ Patient en soins de confort : ☐ soins de niveau terminal
☐ intervention minimale guidée par le confort de la personne
 ou ☐ tel que discuté par le médecin

ORDONNANCE MÉDICALE

- Indication :** ☐ Si détresse respiratoire aiguë
☐ Si hémorragie sévère

Médicament	Dose	Commentaires	Fréquence
Midazolam (Versed)	☐ 2,5 mg s.c. ☐ 5 mg s.c. ☐ 10 mg s.c. ☐ ____mg s.c.	⇒ Patient âgé ou débilité ⇒ Benzo. PRN – ou die à bid régulier ⇒ Benzo. > tid-qid régulier ⇒ Si Benzo. hautes doses ou tolérance	NR Rép. : _____ _____
Morphine	☐ ____mg s.c.	Généralement, on utilise de 50 à 100% de la dose reçue régulièrement aux 4 heures	NR
OU		Dose minimale recommandée 2,5 mg s.c. Dose maximale recommandée 50 mg s.c.	Rép. : _____ _____
Hydromorphone (Dilaudid)	☐ ____mg s.c.	Généralement, on utilise de 50 à 100% de la dose reçue régulièrement aux 4 heures	NR
		Dose minimale recommandée 0,5 mg s.c. Dose maximale recommandée 10 mg s.c.	Rép. : _____ _____
Bromhydrate de hyoscine (Scopolamine)	☐ 0,4 mg s.c. ☐ 0,6 mg s.c. ☐ ____mg s.c.	Dose maximale 0,8mg aux 2 heures	NR
OU			Rép. : _____ _____
Glycopyrrolate (Robinul)	☐ 0,2 mg s.c. ☐ 0,4 mg s.c. ☐ 0,6 mg s.c.	⇒ 40 – 80 kg, patient n'en reçoit pas ⇒ > 80 kg ou patient en reçoit régulièrement ⇒ Patient en reçoit régulièrement + probl. de sécrétions bronchiques ++ et C.I. au bromhydrate d'hyoscine	NR
			Rép. : _____ _____

N.B. : Aviser le médecin de garde immédiatement après la 1^{ère} administration ou la Centrale 24/7.

N.B. : La répétition de chaque médication plus d'une fois sans avis médical est déconseillée.

Date

Signature du médecin

No pratique

Nom du médecin

Guide de prescription

NOTES :

1. Comme tout guide de prescription, cet outil a pour objectif de guider le praticien dans la rédaction de l'ordonnance. Il ne remplace pas le jugement clinique ou le besoin de consulter un confrère ou une équipe de soins palliatifs.
2. Les doses à prescrire pour la médication figurent dans la section COMMENTAIRES de l'ordonnance médicale.
3. Les principaux points couverts dans ce guide concernent la section FRÉQUENCE et la conduite à tenir lorsque le patient ne présente pas la réponse clinique attendue après l'administration du protocole d'urgence.

Fréquence d'administration

Le médecin traitant ou de garde devrait être avisé après la première administration du protocole d'urgence et ce, même si une ou des répétitions sont prévues.

Objectifs :

1. Supporter le personnel faisant face à une situation potentiellement terminale.
2. Être prêt à réagir en cas de non réponse au protocole.
3. Prévoir les prescriptions subséquentes, si aucune répétition n'est prévue, pour contrôler l'épisode de détresse.

Lors de la rédaction de l'ordonnance : ne pas répéter plus d'une fois chaque médication.

Si des répétitions supplémentaires sont nécessaires, il est important de réviser les doses administrées et d'évaluer l'utilisation d'une médication adjuvante.

Un délai de 20 minutes est souhaitable entre chaque répétition; cela permet à toute la médication d'être absorbée et d'évaluer la réponse clinique.

Particularités

1. Midazolam

L'administration du midazolam comme agent inducteur de l'anesthésie se fait par voie intra-veineuse. Les doses alors nécessaires sont moindres qu'en sous-cutané et le début d'action est très rapide, 1,5 à 5 minutes. L'utilisation sous-cutanée nous permet d'utiliser le midazolam de façon sécuritaire avec moins de risque de dépression respiratoire; cette dernière n'est toutefois pas un effet fréquent des benzodiazépines utilisées seules, mais peut survenir de façon significative lors de l'induction i.v. de l'anesthésie.

L'effet du midazolam peut s'observer dans les 10 premières minutes suivant son administration sous-cutanée, certains cliniciens préféreront le répéter plus rapidement que l'intervalle recommandé. Cette pratique est acceptable dans certaines situations lorsqu'aucune réponse clinique n'est observable.

2. Les anticholinergiques

Le bromhydrate d'hyoscine (scopolamine)

La sédation provoquée par le bromhydrate d'hyoscine (scopolamine) débute dans les 30 minutes suivant son administration. Elle potentialise donc la sédation obtenue par le midazolam. Vu l'urgence d'agir lors de détresse respiratoire ou de détresse hémorragique, la répétition de la scopolamine après 20 minutes est une pratique adéquate.

Vu les doses maximales recommandées de scopolamine (0,8mg/2heures), des répétitions excédant ce maximum n'apporteront pas de bénéfices cliniques objectivables.

Le glycopyrrolate

Sa répétition plus d'une fois n'est pas recommandée. Il a une durée d'action prolongée offrant une protection plus longue que celle procurée par la scopolamine.

3. L'opioïde

Chez le patient jugé à haut risque de détresse respiratoire : prescrire l'opioïde à une dose équivalente à 100% de la dose reçue en sous-cutané aux 4 heures. Cette dose pourra être répétée après 20 minutes. S'il n'y a pas de réponse clinique 20 minutes après la deuxième dose, envisager une dose plus élevée de 50 à 100% ou l'utilisation d'une médication adjuvante. Si la dose initiale est de 50% de la dose reçue en sous-cutané aux 4 heures, procéder de la même façon.

Médication adjuvante :

Si la réponse au protocole d'urgence est incomplète, c'est-à-dire sédation insuffisante, signes ou symptômes de détresse respiratoire, une médication adjuvante peut être utile :

Le méthotriméprazine (nozinan) représente une médication de choix. Par ses effets analgésiques, sédatifs et anxiolytiques, il potentialisera la médication utilisée dans le protocole. La dose recommandée est de 25 à 50 mg s.c.

Le phénobarbital injectable n'est plus disponible; nous devons obtenir une autorisation de Santé Canada pour en obtenir.

Tableau 11.1 Hypodermoclyse

Zones : régions pectorale, scapulaire, abdominale

Éviter les zones cicatricielles, infectées, irradiées ou envahies. La littérature sur les soins prolongés indique que les cuisses et les bras sont des points de perfusion acceptables. Toutefois, le compartiment sous-cutané est très réduit et l'expérience montre que l'absorption n'y est pas suffisante. Il vaut mieux éviter ces zones.

Rotation des points de perfusion selon la tolérance des tissus du patient. Vérifier toute apparition de rougeur, d'œdème ou d'irritation du site.

Matériel

Papillon no 21 à 25 (peut être laissé en place plusieurs jours avec ou sans perfusion), tubulure.

Liquide

Solution salée 0,45% ou 0,9% avec ou sans dextrose à 5% (ajout de 10 à 20 mEq/l de KCl facultatif).

Débit

En continu : 20 à 80 ml/h ou en bolus intermittent de 100 à 300 ml/h si cela est bien toléré.

Volume quotidien

1 litre (max. 2 à 3 litres).

Référence : Médecin du Québec, vol. 34, no 5, mai 1999, p.85 à 87

Algorithme 11.1 Déshydratation

Principe de base

Le rôle de l'hydratation chez les patients en phase terminale est controversé. Une évaluation de la qualité de vie doit être faite avant d'entreprendre une hydratation massive chez un patient. Toutefois, la déshydratation est une cause connue de délirium et peut prédisposer à une toxicité aux opioïdes en raison de l'accumulation de métabolites excrétés par le rein.

Un apport quotidien suffisant de liquide peut aider à prévenir une déshydratation chez les patients en fin de vie (4 à 5 verres d'eau par jour).

Les besoins en eau des patients en stade terminal sont :

- Réhydratation : 2 à 2,54 l/jour
- Maintien : 1 à 1,5 l/jour
- Anurie : 0,5 l/jour

NB : il faut toujours s'interroger quant à la pertinence d'intervenir.

Cependant, lorsque la voie p.o. n'est plus possible, l'hypodermoclyse ou l'hydratation par voie sous-cutanée est la méthode de réhydratation à privilégier.

- Lorsque le patient se mobilise, des bolus d'une durée de 1 à 3 heures sont préférables ou par perfusion nocturne.
- Lorsque rien ne presse et que le patient est alité, une perfusion continue à faible débit prolongera la vie du site d'injection.

La voie intraveineuse ne sera que très rarement utilisée puisqu'elle comporte plusieurs désavantages : doit être connectée au patient en tout temps, risque d'infection, surveillance accrue lorsque pratiquée à domicile. En revanche, l'hypodermoclyse requiert peu de surveillance et peut être interrompue et reprise selon les activités du patient.

Besoin de réhydratation évalué
versus
la qualité de vie

Oui

Installer un papillon 24g sur un site aseptisé.
Perfusion à domicile?

Le choix du site dépendra de la mobilité du patient.

- Sous-clavière
- Thoracique antérieur
- Abdominal
- Partie supérieure de la hanche

Oui

Non

La perfusion se donnera alors par gravité pour simplifier les manipulations.
Il est à noter que, lorsque le site aura atteint sa capacité, le soluté cessera automatiquement de couler.

La perfusion peut se donner sous pompe ou par gravité. Lorsque la pompe est utilisée, une plus grande quantité de liquide peut être administrée, mais il faut être très vigilant et surveiller l'apparition d'œdème.

Le soluté choisi sera habituellement le NaCl 0,9% bien que les dextrosés ½ salin ou salin peuvent être utilisés. Le dextrose seul est à éviter (crée un appel d'eau).

On peut aussi rajouter de 10 à 30mEq de potassium par litre de soluté.
(Attention! Le potassium peut causer une irritation locale)

Le soluté doit être donné à raison de 20 à 150 ml/heure.
Le site d'injection doit être changé selon la tolérance des tissus du patient.

◆ **Approche thérapeutique pharmacologique :**

- Corticostéroïdes : augmentation de l'appétit, augmentation de la sensation de bien-être. À privilégier en soins palliatifs ou comme solution à court terme.
 - . Prednisone (Deltasone) 5 à 15mg die au déjeuner
 - . Dexaméthasone 2 à 8mg p.o. ou s.c. die
- Agents progestatifs : augmentation de l'appétit et/ou du poids.
 - * Megestrol(Megace) 400mg à 800mg par jour; cependant, des doses plus petites (ex.: 160mg die) peuvent également être essayées.
 - NB : Peu utilisé en pratique clinique compte tenu:
 - . de l'efficacité limitée à dose inférieure à 400 mg par jour
 - . des effets secondaires
 - . du prix élevé.
- Antihistaminiques :
 - . Cyproheptadine (Périactin) 4mg tid
- Agents prokinétiques : surtout si nausées présentes.
 - . Métoclopramide (Maxéran) ou dompéridone (Motilium) 10mg tid-qid
- Stimulant du SNC :
 - . Méthylphénidate (Ritalin), en particulier lorsque la fatigue prédomine.

Commencer à 5mg deux fois par jour, matin et midi, puis augmenter aux 3 à 7 jours si semble efficace ad 10 mg tid. Utile en gériatrie, débiter avec 2,5mg bid lorsque condition médicale associée.

Tableau 13.1
Benzodiazépines utilisées dans l'anxiété

BENZODIAZÉPINES	DEMI-VIES ¹	POSOLOGIES	COMMENTAIRES
Lorazépam (Ativan)	Intermédiaire 10 à 20h	0,5 – 2mg p.o. ou s.c. bid-tid; 1-4mg p.o. ou s.c. hs	Si anxiété épisodique ou situationnelle; début d'action rapide si administré sublingual Indiqué lors de myoclonie
Oxazépam (Serax)	Intermédiaire 5 à 20h	5-15mg p.o. tid – qid 10-30mg p.o. hs	Si anxiété Si insomnie
Témazépam (Restoril)	Intermédiaire 8 à 15h	15-30mg p.o. hs	Si insomnie
Flurazépam (Dalmane)	Longue 2 à 100h(peut être prolongé à 250h:métabolite)	15-30mg p.o. hs	À éviter chez patient > 70 ans
Clonazépam (Rivotril)	Longue 18 à 50h	0,25-4mg p.o. bid	Anxiété et myoclonie À éviter chez patient > 70 ans

Lorazépam (Ativan) et Oxazépam (Sérox) : premier choix chez la personne âgée.
Éviter les longues demi-vies en gériatrie.

¹ Anonyme. Rx Vigilance [Cédérom]. Repentigny : Vigilance Santé Inc. Version Mai 2006.

Tableau 13.2
Neuroleptiques utilisés comme adjuvants dans l'anxiété

NEUROLEPTIQUES	POSOLOGIES	COMMENTAIRES
Halopéridol (Haldol)	0,5 à 2mg tid à qid q 4 à 6 heures p.o. ou s.c.	Si anxiété avec nausées ou agitation; non sédatif
Méthotriméprazine (Nozinan)	10 à 100mg hs 10 à 50mg q 4 à 8 heures p.o. ou s.c.	Si insomnie avec agitation; effet analgésique; très sédatif; hypotenseur
Prochlorpérazine (Stémétil)	5 à 10mg tid à qid p.o. ou i.r.	Si anxiété avec nausées
Olanzapine (Zyprexa) *	2,5 à 10mg q 12 à 24 heures p.o.	
Risperidone (Risperdal) *	1 à 3mg q 12 à 24 heures p.o.	
Quetiapine (Seroquel) *	25 à 200mg q 12 à 24 heures p.o.	

Références :

Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p. 171.

* Doyle D., Hanks G.W., MacDonald N. Oxford Textbook of palliative medicine, Oxford University Press, New York, ed. 2004.

Tableau 14.1
Causes possibles du délirium en soins palliatifs

Causes	Interventions
Médicaments ▪ Opioides (accumulation de métabolites si insuffisance rénale et déshydratation)	▪ Réduire la dose si la douleur n'est pas la cause du délirium ▪ Changer la classe d'opioïdes ▪ Réduire la dose si irritabilité musculaire ou si patient plus agité avec augmentation de la dose (réaction paradoxale)
▪ AINS ▪ Anticholinergiques ▪ Anticonvulsivants ▪ Anti-H2 ▪ Antiviraux ▪ Benzodiazépines ▪ Chimiothérapie ▪ Corticostéroïdes ▪ Digoxine ▪ Neuroleptiques : surtout ceux avec composantes anticholinergiques importantes (ex.: Chlorpromazine, Méthotriméprazine) ▪ Stimulant du SNC ▪ Théophylline	▪ Réviser la médication du patient et les interactions possibles ▪ Cesser la médication en cause ou inutile
Douleur non contrôlée	▪ Augmenter la dose d'opioïdes ▪ Changement de la voie d'administration ou augmentation de la dose de médicament
Sevrage ▪ Sevrage aux benzodiazépines ▪ Sevrage aux opioïdes ▪ Sevrage à l'alcool	▪ Ajustement des doses de benzodiazépines ▪ Ajustement des doses d'opioïdes ▪ Ajout d'une benzodiazépine
Constipation ▪ Fécalome	▪ Prévention et extraction du fécalome
Rétention urinaire	▪ Sonde vésicale
Maladie physique ▪ Immobilité physique ▪ Lit mouillé ▪ Prurit	▪ Changement de position
Infection ▪ Pneumonie ▪ Septicémie	▪ Selon le désir du patient et le stade de sa maladie
Dyspnée et/ou hypoxie	▪ Cf chapitre 9
Métaboliques ▪ Hypercalcémie ▪ Hyponatrémie ▪ Urémie ▪ Hyperglycémie et acidocétose ▪ Insuffisance hépatique	▪ Hydratation et biphosphonates ▪ Selon le désir du patient et le stade de la maladie ▪ Traitement selon pronostic et confort ▪ Lactulose 15 à 30 ml die à qid
Augmentation de la pression intracrânienne ▪ Tumeur ▪ Trauma ▪ Hydrocéphalie	▪ Corticostéroïdes à hautes doses (cf Guide des pratiques médicales sur les métastases cérébrales)
Désordres hématologiques ▪ Anémie sévère ▪ Déficience en vitamine B₁₂ ▪ Coagulopathie (CID)	▪ Selon le désir du patient et le stade de la maladie
Psychiatriques ▪ Dépression ▪ Réaction psychotique à la maladie	▪ Antidépresseurs ▪ Tranquillisants majeurs
Endocrinien ▪ Hypothyroïdie	▪ Selon le désir du patient et le stade de la maladie

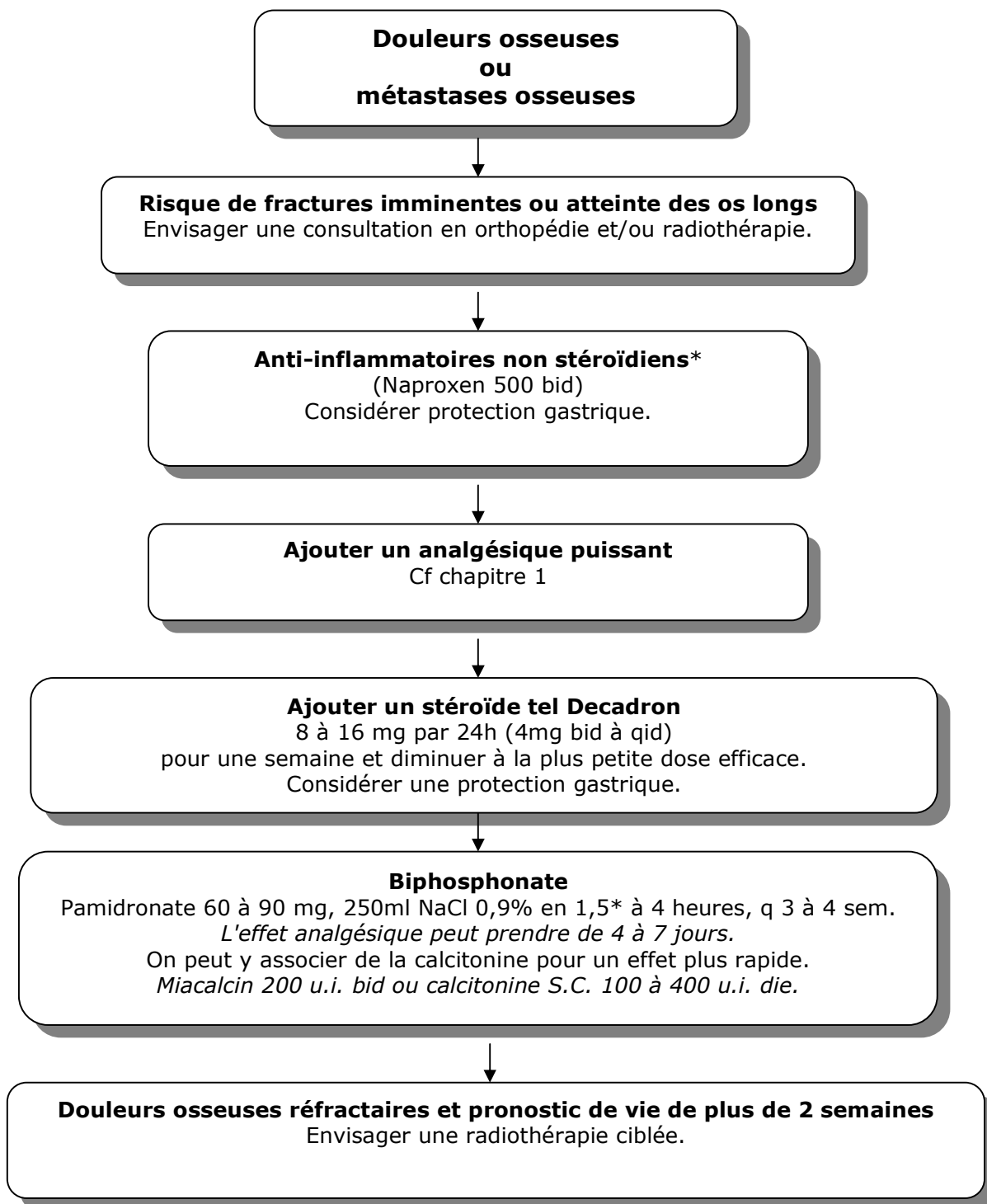
Tableau 14.2 - Synthèse des traitements pharmacologiques du délirium

Médicament	Indications	Voie d'adm	Pharmaco-dynamique	Réactions indésirables	Posologie
NEUROLEPTIQUES :					
HALOPÉRIDOL (Haldol, novopéridol) Antipsychotique Non sédatif 1 ^{er} choix lors de délirium chez personne âgée	État confusionnel Hallucinations Agitation modérée à sévère Méfiante Agressivité	p.o. s.c. t.m.	Début d'action : p.o. : 2 hres s.c. : 20-30 min. Durée d'action : p.o. : 8-12 hres s.c. : 4-8 hres Demi-vie: 12-24 hres	R.E.P.* ++++ Effets ** anticholinergiques ++ Sédatif ++ Hypotension ++	0,5 à 5mg p.o. ou s.c. bid à qid personne ≥ 65 ans : max. 3-4 mg par 24h
MÉTHOTRIMÉPRAZINE (Nozinan) Antipsychotique Effet sédatif puissant Potentialise l'effet des opioïdes	Agitation modérée à sévère État confusionnel	p.o. s.c.	Début d'action : inconnu Durée d'action : 4 hres Demi-vie: 15-30 hres	R.E.P.* + Effets ** anticholinergiques ++++ Sédatif ++++ Hypotension orthostatique ++++	5 à 50mg p.o. q 6-8 hres 5 à 50mg s.c. q 6-8 hres N.B.: vérifier pertinence de réduire opioïdes ad 50%
CHLORPROMAZINE (Largactil) Antipsychotique Effet sédatif	Agitation modérée à sévère	p.o. s.c. i.m. i.r.	Début d'action p.o. : 30-60 min s.c. : inconnu i.m. : 1-4 hres Durée d'action p.o. : 4-6 hres s.c. : 4-8 hres Demi-vie : 30 hres	R.E.P.* ++ Effets ** anticholinergiques ++++ Sédation ++++ Hypotension orthostatique ++++ Voie s.c. très irritante	10 à 50mg p.o. ou s.c. q 4-12h avec ajout de BZ (ativan) Doses ad 100mg p.o. ou i.r. q 4 à 12h
BENZODIAZÉPINES :					
MIDAZOLAM (Versed) Sédatif	Agitation modérée à sévère	s.c. t.m.	Début d'action 5-15 min. Durée d'action 2 hres (1-6 hres) Demi-vie : 1-12 hres (prolongée en cas d'insuffisance rénale ou cardiaque)	Amnésie antérograde Sédation	2 à 5mg s.c. stat puis q 2 à 4h Évaluer la pertinence d'une perfusion s.c. continue Consulter en soins palliatifs PRN
LORAZÉPAM (Ativan) Anxiolytique Sédatif	Anxiété Agitation légère	p.o. s.c. s.l. t.m.	Début d'action : p.o. : 30 à 60 min s.c. : 15-30 min s.l. : 15 min Durée d'action : p.o. 10-20 hres s.l. : 1-20 hres s.c. : 10-20 hres Demi-vie: 10-20 hres	Somnolence	0,5 à 2mg p.o./s.c./s.l. q 4 à 8h prn
CLONAZÉPAM ¹ (Rivotril)	Anxiété	p.o. s.l. i.r.	Début d'action : p.o. : 30 à 60 min Demi-vie : 18-50 hres	Somnolence	0,25 à 2mg p.o. s.l. ou i.r. q 8 à 12h
* R.E.P.: réactions extrapyramidales : ** Effets anticholinergiques : sécheresse de la bouche/nez/gorge/peau : vision brouillée; constipation; rétention urinaire. t.m. : trans-muqueux					

¹ Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002.

Anonyme. Rx Vigilance [Cédérom]. Repentigny: Vigilance Santé Inc. Version Mai 2006, Monographie #072

Algorithme 15.1
Douleurs osseuses ou métastases osseuses



* Précaution chez les patients avec insuffisance rénale.

Tableau 16.1
Manifestations cliniques d'hypercalcémie

Système	Hypercalcémie légère : < 3,0	Hypercalcémie modérée : 3,0 – 3,4	Hypercalcémie sévère : > 3,4
Gastro-intestinal	Anorexie, N ^o V ^o douleur abdominale	Idem plus constipation et distension abdominale	Idem plus iléus
Neuro-musculaire	Faiblesse, fatigue, léthargie, dépression, difficulté de concentration, hyporéflexie	Confusion, délirium, psychose, somnolence, irritabilité, augmentation faiblesse musculaire et douleur osseuse	Convulsion, stupeur, coma et décès. Faiblesse musculaire profonde, hypotonie, ataxie et fracture pathologique
Rénal	Polyurie, polydipsie, nycturie	Déshydratation, calculs rénaux rares	Insuffisance rénale, azotémie, oligurie
Cardio-vasculaire	Hypertension possible	Bradycardie, ↑ PR, ↓ QT, arythmie supra- ventriculaire et ventriculaire	Arythmies malignes, arrêt cardiaque et décès

- Le décès survient généralement par insuffisance rénale aiguë et par arythmie.

HYPERCALCÉMIE

Approche thérapeutique

- ♦ L'important est de décider s'il y a bénéfice à traiter en regard du pronostic, de la qualité de vie, de la sévérité des symptômes et du désir du patient (ou de la famille si le patient est inapte à décider).

Traitements selon la calcémie

1) Calcémie < 3,0mmol/L et asymptomatique

- Hydratation p.o.
- Cesser les médicaments néphrotoxiques.
- Mobiliser le patient.
- Pas de diète restreinte en sel.

2) Calcémie < 3,0mmol/L et symptomatique

Si la fonction rénale est normale, une bonne réhydratation et un biphosphonate sont les choix de traitement :

- Hydratation i.v./s.c.
- Biphosphonates (pamidronate 60-90mg i.v. en 3 à 4 heures. Acide zolédronique 4mg i.v. en 15 minutes).
- Le traitement peut se faire en externe selon l'état du patient.
- Diurétiques : controversé, risque d'aggraver l'insuffisance rénale, l'augmentation de la natriurèse = augmentation calciurèse.

3) Calcémie > 3mmol/L, avec calcium ionisé > 1,5mmol/L et que le patient est déshydraté ou à risque, il faut évaluer si le traitement devrait être effectué en externe ou en milieu hospitalier (état de conscience altéré, insuffisance rénale, arythmie cardiaque, constipation grave).

Calcémie > 3,0mmol/L peu symptomatique

- Hydratation
- Biphosphonates : pamidronate 60-90mg en 3-4 heures ou acide zolédronique 4mg en 15 minutes

Calcémie > 3,0mmol/L symptomatique, ou calcémie > 3,4mmol/L (sévère)

- Hydratation i.v. vigoureuse selon fonction rénale et cardio-vasculaire.
- Diurétiques à envisager après la réhydratation.
- Bloquer la résorption osseuse : calcitonine et biphosphonates.
- Corticostéroïdes.

Traitements spécifiques :

- Hydratation i.v.
 - Tous les patients sont déshydratés.
 - Voir plus haut pour calcémie < 3,0mmol/L et symptomatique.
 - NaCl 0,9% 250 à 500 ml/hre X 2h puis 125ml/h (2 à 4 litres de soluté dans les 24 premières heures, environ 6 litres en 48 heures, ce qui correspond à un débit moyen de 125cc/heure).
 - **Vitesse de perfusion à ajuster selon la condition du patient : insuffisance rénale, dialyse, insuffisance cardiaque.**

- . Augmentation du débit rénal : ↑ natriurèse, ↑ la calciurèse par échange au niveau du tubule distal.
 - . Début d'action : 12 à 24 heures = rapide.
 - . Diminution de la calcémie de 0,5mmol/L.
 - . Nécessite suivi : Créatinine, BUN, Mg^{++} , K^{+} .
 - . Peut se faire par voie i.v./s.c. à maintenir jusqu'à ce que le patient soit capable de s'hydrater p.o. et correction de l'hypokaliémie.
- Bloquer la résorption osseuse
- 4) Calcitonine (Calcimar)
- . Épreuve de sensibilité souhaitable afin d'écarter la possibilité d'allergie au produit (protéine d'origine animale)
 - Calcimar 200 UI/ml ⇒ ,05 ml = 10 UI ⇒ compléter à 1 ml avec NaCl 0,9% =
 - Calcimar 10 UI/ml, prendre 0,1 ml = 1 UI ⇒ intradermique ou s.c.
 - . Interprétation : évaluer la réaction après 15 minutes. Si érythème plus que léger ou papule ⇒ allergie.
 - . Agit en diminuant la réabsorption du calcium par le rein et en diminuant la résorption osseuse.
 - . Effet rapide < 1-4 heures avec durée de 6-8 heures. Si injection q 12 heures ⇒ maintient l'abaissement pour 5-8 jours.
 - . Utilisée dans l'hypercalcémie sévère avec nécessité d'une diminution rapide du calcium.
 - . Donner 200 à 400 unités s.c. aux 12 heures (2-8 U/kg s.c. q 6-12 heures).
 - . Diminue la calcémie 0,5mmol/L.
 - . Risque de tachyphylaxie.
- 5) Biphosphonates¹
- . Inhibition directe de la résorption osseuse par action sur les ostéoclastes.
 - . Attention : potentiellement néphrotoxiques, donc ces agents sont contre-indiqués dans les cas d'insuffisance rénale irréversible.
 - . Diminution de la calcémie : 1.0mmol/L.
 - . Début d'action = 48 heures; durée d'action = 30 jours.
 - . Effet maximal en 5-7 jours.
 - . Continuer calcitonine X 4 à 5 jours.
 - ◆ Pamidronate 90mg i.v. dilué dans 250 à 500ml NaCl 0,9% en 3-4 heures.
 - ou**
 - ◆ Acide zolédronique 4mg i.v. dilué dans 50 à 100ml NaCl 0,9% en 15 minutes.
(Serait plus efficace et aussi sécuritaire que le Pamidronate.)

¹ L'acide zolédronique serait plus puissant et agirait plus rapidement que le pamidronate. Il pourrait alors être le premier choix parmi les biphosphonates pour le traitement des hypercalcémies reliées au cancer.

La vitesse d'administration du pamidronate doit être évaluée en fonction de l'indication clinique :

- . adjuvant à la chimiothérapie dans les cancers à potentiel élevé de métastases osseuses (ex.: sein) et déjà métastatiques
- . prévention de l'hypercalcémie
- . traitement de l'hypercalcémie

et doit tenir compte de l'état d'hydratation du patient et de la fonction rénale. Ainsi, si les conditions sont optimales (ex.: patient avec cancer du sein, métastases osseuses, fonction rénale normale, sans histoire d'hypercalcémie et état d'hydratation optimale), il pourrait être administré en une heure et demie tandis que chez le patient avec hypercalcémie et/ou insuffisance rénale, l'administration doit se faire en 3 à 4 heures.

- 6) Glucocorticoïdes
 - . Utiles si les biphosphonates ne peuvent être utilisés.
 - . Potentialisent et prolongent l'effet de la calcitonine, surtout si myélome multiple ou cancer hématologique.
 - . Prednisone 20 à 100mg die ou Dexaméthasone (Decadron) 4 à 12mg p.o./s.c., die à bid, Hydrocortisone 250-50mg i.v. : rapidité d'action accrue.
 - . Délai d'action de 3 à 5 jours.
 - . Agit sur certaines tumeurs (par effet direct sur la tumeur): lymphome et sein hormonodépendant.
- Prévention de l'hypercalcémie
 - . Traiter le cancer.
 - . État d'hydratation optimal.
 - . Éviter les médicaments néphrotoxiques.
 - . Favoriser la mobilisation des patients.

Références :

- . Bakerman's ABC's of interpretative Laboratory Data. Fourth edition. 2002. p.19-123.
- . Blackburn R. L'hypercalcémie dans tous ses états : le médecin du Québec, vol. 40, no 12. Décembre 2005.
- . Doyle, Hanks and MacDonal. Oxford textbook of palliative medicine Second edition. 1998. p.710-713.
- . Goodman and Gilman's. The pharmacological basis of therapeutics. Eleventh edition. 2006. p.1663-1668.
- . Marchand R. L'hypercalcémie traitement ambulatoire ou à domicile : le médecin du Québec, vol. 34, no 5. Mai 1999.
- . CPS 2005.

Tableau 17.1
 Questionnaire DN4 ¹

QUESTIONNAIRE DN4		
Pour estimer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque élément des 4 questions ci-dessous.		
QUESTIONS POSÉES AU PATIENT		
QUESTION 1 :		
La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?	OUI	NON
Brûlure	☐	☐
Sensation de froid douloureux	☐	☐
Décharges électriques	☐	☐
QUESTION 2 :		
La douleur est-elle associée à un ou plusieurs des symptômes suivants dans une même région?	OUI	NON
Fourmillements	☐	☐
Picotements	☐	☐
Engourdissement	☐	☐
Démangeaisons	☐	☐
EXAMEN DU PATIENT		
QUESTION 3 :		
La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence	OUI	NON
une hypoesthésie au toucher?	☐	☐
une hypoesthésie à la piqûre?	☐	☐
QUESTION 4 :		
La douleur est-elle provoquée ou intensifiée par	OUI	NON
le frottement?	☐	☐
OUI = 1 point NON = 0 point	Score du patient : /10	

Lorsque le praticien suspecte une douleur neuropathique, le questionnaire DN4 est utile comme outil de diagnostic.

Ce questionnaire comporte quatre questions et 10 points à évaluer :

- Le praticien interroge le patient et remplit lui-même le questionnaire.
- Le patient doit répondre par « oui » ou « non » à chaque élément évalué.
- À la fin du questionnaire, le praticien calcule le score en allouant 1 point à chaque réponse affirmative et 0 point à chaque réponse négative.
- La somme obtenue correspond au score du patient, noté sur 10.

**Si le score du patient
 est égal ou supérieur à 4 :
 le test est positif.**

(sensibilité à 82,9% ; spécificité à 89,9%) ¹

¹ Questionnaire DN4 inséré avec l'autorisation de Dr Didier Bouhassira MD, PhD. Juillet 2006.
 Référence : BOUHASSIRA, D, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 2005;114:29-36.

Approche thérapeutique

◆ Non pharmacologique

Attelle, positionnement, TENS, etc.

◆ Co-analgésiques de premier choix

- Gabapentin et prégabaline (un ajustement est nécessaire lors d'insuffisance rénale)
 - . Gabapentin (Neurontin) – débiter 100-300mg par jour. Augmenter de 300mg aux 3 à 7 jours. Maximum de 3600mg par jour (prise tid à qid).
 - . Prégabaline (Lyrica) – débiter à 25-75mg bid, augmenter de 25-75mg bid chaque semaine jusqu'à un maximum de 300mg bid. Un ajustement est nécessaire en insuffisance rénale. L'expérience actuelle nous porte à adopter, en soins palliatifs, une approche plus prudente que celle recommandée pour la population en général. (En gériatrie, débiter 25mg bid).

- Antidépresseurs tricycliques et/ou ISRS

Débiter les antidépresseurs tricycliques à une dose de 10-25mg die, augmenter la dose q 3 à 4 jours. On dépasse rarement 100mg d'amitriptyline par 24 heures.

- . amitriptyline (Elavil) prise hs
- . désipramine (Norpramin) prise am. Moins anticholinergique
- . norprtriptyline (Aventyl) est le métabolite de l'amitriptyline.

Les ISRS sont moins efficaces et ont moins d'effets secondaires. Ils sont à privilégier en cas de syndrome dépressif associé.

- . citalopram (Celexa 1^{er} choix).

- Cas particuliers :

- . Neuropathie localisée

Traitement topique : application bid à qid sur petite surface (non fondé sur des preuves).

- Lidocaïne à 5% dans base Glaxal à domicile (jusqu'à 10% sous surveillance en établissement).
- Kétamine 1 à 2% dans base Glaxal.
(Kétamine et Lidocaïne peuvent se combiner dans la même crème.)
- Emla.

- . Compression nerveuse

- Dexaméthasone (Décadron) 8-24mg p.o. par 24 heures. Par la suite, diminuer à la plus petite dose efficace. Selon le contexte clinique, une consultation en radiothérapie ou en chirurgie peut être indiquée.

❖ **Classification des co-analgésiques**

- Sensibilisation périphérique (canaux sodiques)
 - . antidépresseurs tricycliques
 - . carbamazépine (Tegretol) 200 à 1000mg (prise bid-qid)
 - . topiramate (Topamax) 12,5 à 800mg (prise tid)
 - . autres : oxcarbamazépine, lamotrigine
- Sensibilisation centrale
 - . canaux calciques
 - gabapentin
 - prégabaline
 - autres : lamotrigine, oxcarbamazépine, levetiracetam
 - . NMDA
 - kétamine
 - méthadone
 - autres : dextrométorphan, mémantine
- Voies inhibitrices descendantes (NE, 5 HT, récepteurs enképhalines)
 - . ISRS
 - . ISRN
 - . opioïdes
 - . tramadol
 - . agents adrénergiques

Le choix de co-analgésiques alternatifs et la combinaison de co-analgésiques se fait en fonction de leur site d'action. On combine des médicaments ayant des mécanismes différents.

Demander de l'aide via une consultation en soins palliatifs ou consultation en anesthésie pour un bloc nerveux ou épidurale.

Source : *Apprivoiser la douleur neuropathique. Faculté de médecine. Formation professionnelle continue. Université de Montréal, 2005.*

Principes généraux

25% des patients décédés d'un cancer présentent des métastases cérébrales à l'autopsie. Les cancers du poumon, du sein et le mélanome sont souvent associés aux métastases cérébrales.

Présentation clinique

Les symptômes rencontrés le plus fréquemment dans le cadre de métastases cérébrales sont :

- céphalées rebelles et progressives
- troubles moteurs focaux
- troubles cognitifs
- nausées et vomissements.

Approche thérapeutique

Les décisions thérapeutiques doivent tenir compte du pronostic vital (espérance de vie). Il y a la plupart du temps trois options thérapeutiques possibles :

◆ Chirurgie

Elle est envisagée pour les métastases cérébrales uniques sans atteinte systémique significative et lorsque le pronostic vital est bon à moyen terme.

◆ Radiothérapie

Il s'agit souvent de l'approche thérapeutique de choix. Elle est à discuter avec le radio-oncologue consultant.

◆ Stéroïdes

Les stéroïdes sont recommandés pour tous les patients avec métastases cérébrales symptomatiques. Dans cette situation, nous préconisons l'utilisation de la Dexaméthasone (Decadron) à dose de 8 à 16mg par jour p.o., s.c. ou i.v. La durée du traitement doit être de 14 à 21 jours.

S'il y a des signes d'hypertension intracrânienne, c'est-à-dire céphalées intenses, nausées et vomissements, nous recommandons d'utiliser de la Dexaméthasone de 16 à 24mg/jour p.o., s.c. ou i.v. pendant 1 à 3 jours, puis faire suivre d'une dose d'entretien de Dexaméthasone de 8 à 16mg/jour que l'on diminuera progressivement par la suite à la plus petite dose efficace.

Définition

Il s'agit d'une compression extrinsèque de la moelle épinière par un effet de masse provenant le plus souvent de l'espace épidural. Il existe très peu de littérature sur les atteintes intra-médullaires et lepto-méningées. Les critères radiologiques minimaux sont une indentation du sac thécal au niveau correspondant aux manifestations cliniques.

Principes généraux

- ❖ Il s'agit d'une **urgence neurologique**. Un diagnostic et une intervention précoces sont essentiels, afin de minimiser les déficits neurologiques.
- ❖ Les symptômes précèdent souvent les complications neurologiques de plusieurs semaines. Dans plus de 90% des cas, la douleur dorsale est le premier symptôme. Les autres symptômes à rechercher sont : douleur locale ou radiculaire, faiblesse (parésie), troubles sensitifs, dysfonction des sphincters.
- ❖ Les localisations les plus fréquentes se situent au niveau du thorax ($\pm 70\%$), à la région lombaire ($\pm 20\%$), et à la région du rachis cervical ($\pm 10\%$).
- ❖ Les néoplasies les plus souvent responsables de compression médullaire sont les cancers du poumon, du sein et de la prostate (comptent pour 60%).
- ❖ Les compressions médullaires surviennent dans 5 à 10% des cancers.

Diagnostic

- ❖ L'IRM (imagerie par résonance magnétique) est l'examen de choix. Si non disponible, on procédera à une tomodensitométrie. La radiographie et la scintigraphie osseuse sont utiles.

Approche thérapeutique

- ❖ Lors de suspicion clinique de compression médullaire extradurale (épidurale), un examen neurologique s'impose de même qu'une évaluation radiologique. L'approche thérapeutique variera selon les résultats de cette évaluation.
Ainsi, celle-ci inclut les corticostéroïdes à haute dose, la radiothérapie d'urgence et la chirurgie dans certains conditions précises.¹
- ❖ Une consultation d'urgence avec un radio-oncologue et ce, 7 jours sur 7, de même qu'une IRM s'imposent pour le patient avec manifestations neurologiques. Chez les autres patients, c'est-à-dire asymptomatiques, une consultation avec le radio-oncologue s'impose dans les plus brefs délais afin d'amorcer le traitement avant l'apparition de manifestations neurologiques.
La décision de consulter ou non le radio-oncologue devra tenir compte de l'avancement de la maladie et du pronostic. Même le patient avec pronostic réservé à quelques semaines pourrait bénéficier d'une consultation et de traitement.
- ❖ L'utilisation de corticostéroïdes a fait l'objet de plusieurs études. Plusieurs schémas posologiques ont été suggérés sans qu'il y ait suffisamment de données pour recommander un traitement spécifique et ayant démontré sa supériorité. Dans un article de revue paru en 1998 dans le Journal of Clinical Oncology², l'utilisation de corticostéroïdes à haute dose (dexaméthasone 100mg i.v. suivi de doses élevées : 24mg q 6h puis doses décroissantes¹) semble se démarquer chez le patient avec compression médullaire et manifestations neurologiques aiguës.
L'utilisation de doses modérées (16mg/jour, précédées de bolus) a probablement sa place dans certaines conditions. Le clinicien ne devrait pas hésiter à consulter un radio-oncologue ou une équipe de soins palliatifs pour discuter de ces cas.

¹ Doyle D. et coll. Oxford Textbook of palliative care. 7th ed., 1998, p.729 -731.

² Loblaw D. Andrew et Normand J. Laperrière. Journal of Clinical Oncology, Vol. 16 No 4 (April), 1998, p.1613-1624

Définition

Il s'agit de secousses ou de contractions musculaires brèves et involontaires. Elles sont la plupart du temps intermittentes, mais peuvent parfois devenir très perturbatrices.

Etiologie

Dans un contexte de soins palliatifs, l'apparition de myoclonies fait suspecter une toxicité aux opioïdes, surtout si des désordres métaboliques sont présents, en particulier l'insuffisance rénale, car il y a une accumulation de métabolites d'opioïdes.¹

Approche thérapeutique

D'abord, expliquer la situation au patient et à la famille. Si elles sont minimales et peu inconfortables, il n'y a pas de mesure à prendre.

Si elles deviennent importantes :

- diminuer les doses d'opioïdes
- limiter la médication au minimum
- envisager un changement d'opioïdes et rotation
ex.: morphine pour hydromorphone, oxycodone ou fentanyl.

Si les mesures précédentes ne suffisent pas, débuter lorazépam (Ativan) 0,5 à 2mg p.o., s.c. ou s.l. q 4-6 heures ou clonazépam 0,5mg p.o., s.l. ou i.r.

Pour autres choix, voir Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.200.

¹ Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.199

Définition

Il s'agit d'un syndrome clinique qui survient lorsque le flot sanguin au niveau de la veine cave supérieure est partiellement ou complètement compromis.

Présentation clinique

La dyspnée est le symptôme le plus fréquent. On peut retrouver également de la toux, une sensation de tête "lourde", un œdème du visage et des membres supérieurs, des douleurs thoraciques, une distension veineuse au cou et au thorax (développement de collatérales) et de la dysphagie.

Examen physique

Distension veineuse cervicale et thoracique avec collatérales, tachypnée, œdème du visage et des membres supérieurs (classiquement : l'œdème en parapluie), cyanose et visage pléthorique.

Etiologie

Le plus fréquemment, il s'agit d'un processus néoplasique pulmonaire (80% des cas) le plus souvent à petites cellules (oat cell), d'un lymphome (15%) le plus souvent non Hodgkin, ou d'un cancer métastatique (5%).

Si le syndrome de la veine cave supérieure se présente chez un patient non connu pour une néoplasie, l'investigation afin de connaître l'étiologie est essentielle afin d'amorcer un traitement à visée potentiellement curative.

Imagerie

La radiographie pulmonaire montre un élargissement du médiastin dans 65% des cas, un épanchement pleural dans 26% des cas et une masse hilare dans 12% des cas. Elle sera normale chez environ 16% des patients.

Une tomodensitométrie est indiquée et nous aidera à préciser l'étiologie et l'étendue du processus sous-jacent.

Approche thérapeutique

- ◆ Rarement une urgence oncologique véritable. Le début est souvent insidieux. Lorsque l'étiologie est inconnue, un diagnostic histologique est essentiel afin d'orienter le traitement.
- ◆ Un traitement urgent sans attendre le diagnostic étiologique est indiqué lors de :
 - compromis des voies aériennes
 - collapsus cardio-vasculaire
 - hypertension intracrânienne.
- ◆ Repos, élever la tête du lit, donner de l'oxygène et des bronchodilatateurs : salbutamol (Ventolin).
- ◆ Un essai avec des stéroïdes mérite d'être tenté.
Dexaméthasone (Decadron) 8 à 16mg p.o./s.c. par 24 heures.
- ◆ Envisager une consultation en oncologie et/ou en radiothérapie si le contexte clinique l'exige.
- ◆ Anticoagulothérapie et thrombolyse si la cause est une thrombose secondaire à un cathéter.
- ◆ Une endoprothèse peut être envisagée si radiothérapie maximale reçue ou syndrome de la veine cave supérieure récurrent ou persistant post radiothérapie.

Référence : Chow, Danjoux et Anderson. Patient care Canada. Vol. 10, no 7. Juillet 1999, p.57-60.

Algorithme 22.1 Prurit

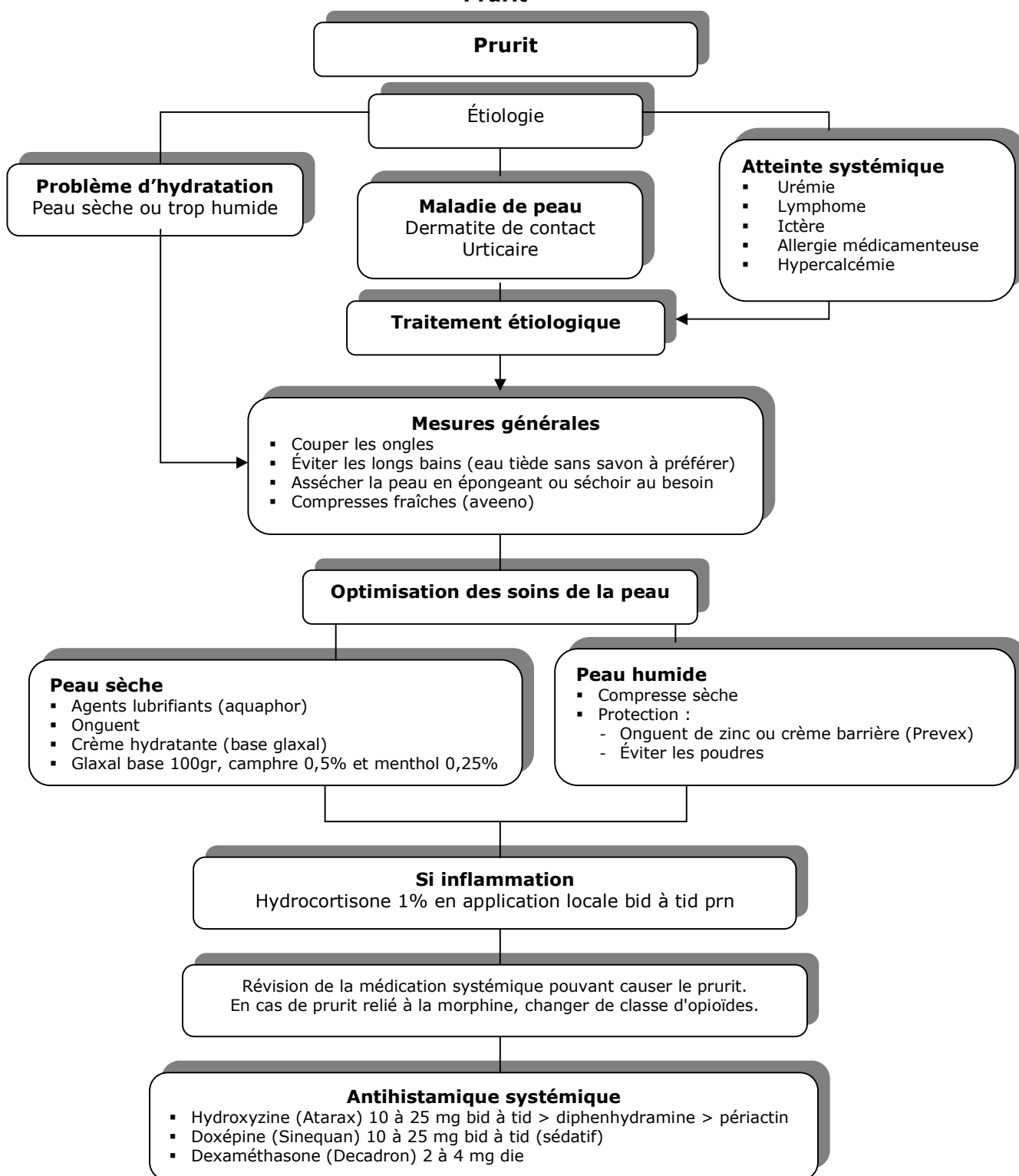


Tableau 23.1
Traitement des plaies selon le stade

Stades	Nettoyage / débridement	Peu ou pas d'exsudat	Exsudat moyen/abondant	Précautions
I Épiderme intact : - rougeur - induration - chaleur	Nettoyage NaCl 0,9%	Crème friction - Pansement adhésif transparent : opsite tegaderm 3M opsite spray - hydrocolloïde extra-mince		<u>Pansement adhésif transparent</u> : - changer q 7 jours max. - impermeable à eau, selles, urine
II Plaie superficielle épiderme et/ou derme : - abrasion - phlyctène - cratère peu profond - ne traverse pas le derme - douloureux	Nettoyage NaCl 0,9% seringue 30cc + aiguille #18-20 - Phlyctène fermée : laisser à l'air - Phlyctène ramollie rompue : débrider + nettoyage NaCl 0,9%	- Pansement adhésif transparent : opsite tegaderm 3M opsite spray - ou - Pansement hydrocolloïde : duoderm CGF restore tegasorb - Gel : duoderm gel intra-site gel normlgel	- Pansement hydrocolloïde : duoderm CGF - Pansement absorbant : allevyn telfa mellolite all dress - Gel : duoderm gel intrasite gel	<u>Pansement adhésif transparent</u> : - changer q 7 jours ou avant si saturé - à éviter si l'exsudat le fait décoller <u>Gel</u> : - remplir espace mort Si colonisation avec bactéries pathogènes invasives, SARM ou ERV : - hydrogels ou pansement avec antiseptiques non cytotoxiques iodosorb actisorb plus acticoat silver leaf
III Épiderme, derme, hypoderme détruits : - cratère sans nécrose rose, rouge ou avec nécrose jaune, vert, gris - croûte nécrotique noire possible	- Si tissu nécrotique : débridement mécanique lors du changement de pansement - Nettoyage NaCl 0,9% seringue 30cc aiguille #20	- Gel amorphe : Normlgel intra-site gel duo-derm gel - recouvert d'un pansement non adhérent et absorbant mellolite telfa all dress	- Pansement alginate : kaltostat algisite M. - Pansement absorbant mousse : allevyn lyofoam extra	<u>Pansement hydrocolloïde</u> : - changer die ou ad saturation (max. 7 jrs) - si n'adhère pas, couvrir d'un pansement adhésif - au siège, recouvrir d'un pansement imperméable
IV Extension dans l'os ou le muscle : - cratère avec tissu nécrotique - sinus ou sillons présents - souvent non douloureux	Débridement auto-lytique après scarification : - pansement hydrocolloïde + gel : duoderm gel intra-site gel normlgel - pansement absorbant : alginate kaltostat algisite M.	- Pansement hydrocolloïde : duoderm CGF Phase nécrotique et inflammatoire : hydrogel avec pansement non adhérent et absorbant à changer aux 2 jours jusqu'à disparition de la nécrose puis selon la phase : - inflammatoire (jaune) - granulation (rouge) - maturation (épithélialisation)		<u>Gel</u> : - changer die ou bid selon exsudat (max. 7 jours) <u>Pansement Alginate</u> : - changer die ou ad saturation (max. 7 jours) - recouvrir d'un pansement absorbant secondaire (allevyn) ou pansement retenant l'humidité (opsite, tegaderm, duoderm) <u>Pansement mousse</u> : - ne pas comprimer dans la plaie - pas de bain sauf si recouvert d'un pansement imperméable (gonfle !)
Stade X Impossibilité d'évaluer l'atteinte en raison de la présence de tissus nécrosés	Objectif : débrider tissus nécrotiques rapidement pour diminuer prolifération bactérienne : - chirurgie - pincés, ciseaux - enzyme - autolyse			Référer PRN pour évaluer stade, éliminer ostéomyélite et pour traitement

Tableau 23.2
Traitement des plaies selon la condition associée

Conditions	Traitements
Douleur locale	. Donner un analgésique 30-45 minutes avant tout changement de pansement. . Mettre compresses de Xylocaïne (2 à 4%) 10-15 minutes sur la plaie, et/ou . Mettre de la crème Emla sur la peau saine et/ou . Vaporiser du sulfate de morphine 10mg/ml sur la plaie. . Si le pansement adhère bien, l'humecter de NaCl avant de l'enlever. . Irriguer avec un jet doux de NaCl. . Utiliser un débridement autolytique (si approprié). . Choisir un pansement non adhérent doux, très absorbant pour diminuer la fréquence des changements. . Laisser le patient manipuler son pansement s'il en est capable.
Odeurs (surtout dues aux bactéries anaérobies)	. Bien irriguer la plaie avec du NaCl. . Appliquer de la crème métronidazole 10% (Flagyl) ou un mélange de 50cc de gel aqueux (Intrasite, Duoderm gel + 1 cap. de 250mg) ou 250-500mg tid per os si odeur incontrôlable. . Utiliser un pansement au charbon activé. . Utiliser 1-2 gouttes d'huile essentielle sur le pansement du dessus (bergamote, citron, lavande, tea-tree ou de conifère).
Odeurs de l'environnement	. Aérer la pièce. . Changer la literie plus souvent. . Utiliser un grand bol de vinaigre, une taie d'oreiller avec briquettes de charbon de bois, de la vanille ou de la litière pour chat sous le lit. . Un purificateur d'air dans la chambre. . Un aérosol commercial (peut irriter). . De l'huile essentielle (bergamote, citron, lavande, tea-tree ou de conifère à l'aide d'un diffuseur d'huile essentielle). . Papier d'aménie (encens en papier).
Hémorragies	. Utiliser les Alginates. . Nitrate d'argent. . Gel mousse (gel foam). . Thrombostat et Amicar n'existent plus au Canada. . Adrénaline.
Abondance des exsudats (souvent source de douleur et de mauvaises odeurs)	. Bien nettoyer la plaie avec du NaCl. . Choisir un pansement très absorbant : mousse hydrophile, hydro-fibre ou de l'alginate. . Respecter la symétrie corporelle, faire un pansement esthétique. . Protéger la peau saine : gelée de pétrole, gelée de pétrole + oxyde de zinc, silicone, autre crème barrière, opsite en spray, etc.
Métastases cutanées	. Faire de la radiothérapie (peut retarder le développement au stade nodule). . Si saignement : pansement d'Alginate. . Traiter les odeurs : voir ci-haut.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ANONYME. *Rx Vigilance [Cédérom]*. Repentigny: Vigilance Santé Inc. Versions mai 2006, décembre 2005.
- AVILA, J.G. *Pharmacologic treatment of constipation in cancer patients : Cancer Control*, vol. 11 no. 3, May/June 2004.
- BAKERMAN'S *ABC's of interpretative Laboratory Data*, 4th Ed., 2002.
- BLACKBURN, R. *L'hypercalcémie dans tous ses états : le médecin du Québec*, vol. 40, no 12, décembre 2005.
- BOUHASSIRA, Didier et al. PAIN. *Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4)*. Pain 2005;114:29-36.
- BOULANGER, Aline et autres. *Apprivoiser la douleur neuropathique*. Faculté de médecine. Formation professionnelle continue. Université de Montréal, 2005.
- CHOW, DANJOUX et ANDERSON. *Patient care Canada*, juillet 1999, vol. 10, no 7.
- DOUCET, G. *Constipation, notes de cours*. Faculté de l'éducation permanente. Université de Montréal.
- DOYLE, D., G.W. HANKS et N. MACDONALD. *Oxford Textbook of palliative medicine*, Oxford University Press, New York, Ed. 2004.
- DUGAS, Dr René. *Médecin du Québec : l'occlusion en soins palliatifs*, mai 1999.
- GOODMAN et GILMAN'S. *The pharmacological Basis of Therapeutics*, 11th Ed., 2006.
- LOBLAW D. Andrew et Normand J. LAPERRIÈRE. *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 16 No 4, April 1998. Review Article : Emergency Treatment of Malignant Extradural Spinal Cord Compression : An Evidence-Based Guideline.
- MARCHAND, R. *L'hypercalcémie traitement ambulatoire ou à domicile; le médecin du Québec*, vol. 34, no 5, mai 1999.
- MORIN, Johanne. *FMOQ : les soins palliatifs en établissement et à domicile*.
- A.P.E.S. *Guide pratique des soins palliatifs*, 3^e éd., 2002.
- Association des pharmaciens du Québec. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques 2005-2006. Monographie du midazolam*, 2003.
- Centre de santé et des services sociaux de la Haute-Yamaska. *Guide des pratiques interdisciplinaires et médicales en soins palliatifs : guide des pratiques médicales en soins palliatifs*, janvier 2003.
- Hôpital Charles LeMoine. Centre affilié universitaire et régional de la Montérégie. *Le traitement des plaies chroniques. Document de référence, sous-région de Longueuil*, janvier 2002.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Direction des communications. Communiqué *Les établissements de santé adopteront des protocoles assurant l'utilisation optimale des opiacés*, 6 juillet 2006.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, 2004.
- Vigilance Santé, logiciel d'information pharmaceutique. Les Laxatifs.

FORMULAIRES

Les pages suivantes contiennent les formulaires énumérés ci-dessous, lesquels peuvent être reproduits pour utilisation auprès de la clientèle en soins palliatifs.

- ☒ Application du timbre de fentanyl
pages CH 1, 17 et CH 1, 18
- ☒ Soins de bouche – conseils pour augmenter le confort
page CH 2, 1
- ☒ Interventions pour prévenir et traiter la constipation
page CH 4, 3
- ☒ Conseils de prévention de la constipation
pages CH 4, 4 et CH 4, 5
- ☒ Guide pharmacologique de prévention et traitement de la constipation
page CH 4, 8
- ☒ Ordonnances pharmacologiques adaptées au guide de prévention et traitement de la constipation établie
page CH 4, 10
- ☒ Feuille de route Prévention et traitement de la constipation
page CH 4, 11
- ☒ Protocole d'urgence – ordonnance médicale
page CH 10, 9
- ☒ Protocole d'urgence – feuille de route
page CH 10, 12
- ☒ Formulaire de non-réanimation soins palliatifs



APPLICATION DU TIMBRE DE FENTANYL

Utilisation des timbres

◆ Application du timbre

- Ne jamais remettre un nouveau timbre sur le même site, changez-le à chaque installation, mais privilégiez la même région pour maximiser son niveau d'absorption (cf figure 1.3 à la page suivante).
- Réchauffer le timbre dans la paume de la main.
- Retirer la pellicule sans toucher à la surface adhésive.
- Appliquer sur le site et couvrir 30 secondes, avec la paume de la main, le timbre afin de bien faire adhérer.
- Souder le rebord en parcourant le pourtour avec le doigt et s'assurer que le tout soit bien adhérent et exempt de bulles d'air.
- Indiquer la date et l'heure de l'installation sur un diachylon et coller près du timbre.
- Vérifier au moins trois fois par jour l'adhérence du timbre.
- Ne pas couper : on peut obtenir une fraction de la dose de Fentanyl en appliquant la première partie du timbre sur la peau et l'autre partie sur un pansement "op-site" ou "tégaderm" préalablement installé sur la peau.

◆ Retirer le timbre

- Ne jamais oublier que les timbres usagés contiennent encore du médicament. Il est important de s'assurer que les timbres usagés soient éliminés de façon sécuritaire.
- Retirer le timbre délicatement sans toucher à la surface adhérente.
- Plier la surface adhérente sur elle-même.
- Disposer dans un récipient pour aiguilles souillées (demander un récipient à son pharmacien et retourner le récipient plein à la pharmacie). Si non disponible, replier le timbre, le remettre dans son enveloppe originale et remettre l'enveloppe dans la boîte de timbres. Lorsque tous les timbres ont été utilisés, retourner la boîte de timbres Duragesic usagés à la pharmacie (comme si c'était un médicament périmé).
- S'il y a contact avec la peau, rincer à l'eau claire (sans savon).
- Il n'est pas nécessaire de renforcer les pourtours ou abriter le timbre. Si cela est nécessaire, voir les particularités à suivre.

◆ Particularités

- Si décollement du timbre, s'assurer de bien suivre les étapes de réchauffement, choisir un endroit sans proéminence osseuse, non humide, sans gras ni poils.
- Si le décollement persiste, renforcer avec Hypafix au pourtour ou appliquer un pansement transparent de type opsite ou tégaderm.
- Parfois, quelques patients présentent une irritation au site du timbre.
- La vaporisation d'un corticostéroïde (Flovent) peut aider à se soustraire à cette réaction inflammatoire.





- Vaporisation de Flovent¹:

Flovent 125 mcg est le dosage de base (l'écart des doses est de 50 mcg à 250 mcg), on peut augmenter la concentration selon la réaction inflammatoire.

Sur un timbre de fentanyl de 12 mcg, 25 mcg et 50 mcg

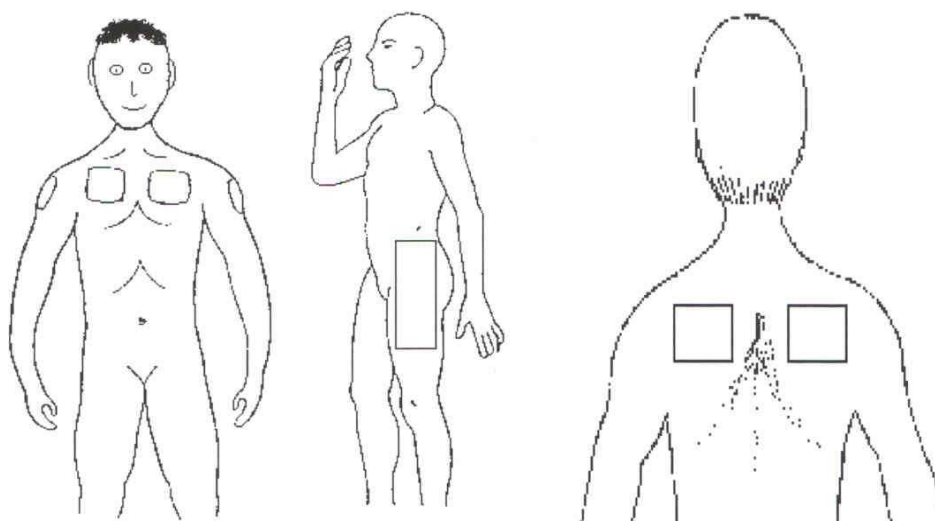
Vaporiser à 15 cm un jet sur la surface du timbre adhérent à la peau, ceci permet de le couvrir entièrement, puis installer immédiatement.

Sur un timbre de fentanyl de 75 mcg et de 100 mcg

Vaporiser ½ du timbre à 15 cm et refaire la même application avec l'autre ½ (le timbre est plus volumineux, ainsi on s'assure de bien l'enduire de Flovent).

Figure 1.3

RÉGIONS D'APPLICATION DES TIMBRES DE FENTANYL TRANSDERMIQUES



¹ Guide pratique des soins palliatifs, A.P.E.S., 3^e éd., 2002, p.24





SOINS DE BOUCHE

Conseils pour augmenter le confort

- ◆ Mâcher de la gomme et du bonbon sans sucre, menthe/citron.
- ◆ Boire des liquides pétillants.
- ◆ Sucrer de la glace ou popsicles (glaçons).
- ◆ Boire des jus auxquels on ajoute de l'eau gazéifiée.
- ◆ Mordre dans des fruits frais : melon, orange, ananas, etc. s'il n'y a pas d'ulcère buccal.
- ◆ Prendre des aliments qui stimulent la salivation (marinades, cornichons, etc.) si les glandes salivaires fonctionnent.
- ◆ Rincer la bouche avec de l'eau salée régulièrement (avant et après les repas).
- ◆ Humidifier la pièce.
- ◆ Éviter les badigeons de glycérine et citron (augmentent la sécheresse).
- ◆ Éviter les aliments secs, sucrés, salés ou très épicés.





Interventions pour prévenir et traiter la constipation

2. Évaluer la fonction intestinale tôt après la prise en charge d'un nouvel usager.
2. Vérifier auprès de l'usager ses habitudes :
 - ☐ quel est le rythme habituel d'élimination?
 - ☐ les selles sont-elles plus rares et plus dures qu'avant?
 - ☐ le temps de défécation prend-il plus de 10 minutes?
 - ☐ est-ce que 25% du temps sur la toilette sert à forcer?
 - ☐ y a-t-il des changements dans les habitudes :
 - fréquence des selles actuelles et antérieures?
 - consistance des selles?
 - activités physiques?
 - apport alimentaire et hydrique?
 - ☐ y a-t-il une prise régulière de laxatifs? si oui, lesquels?
 - ☐ y a-t-il une présence de diarrhées précédées d'un problème de constipation?
 - ☐ une sensation de poussée rectale?
 - ☐ une nouvelle rétention urinaire? une agitation? (peut être due à un fécalome).
4. Promouvoir le confort de l'usager :
 - adapter le siège de toilette, le marchepied et aménager des barres de support;
 - considérer l'usage d'une chaise d'aisance percée;
 - favoriser l'intimité (réduire au minimum l'usage de bassine);
 - répondre le plus rapidement possible aux urgences fécales;
 - comme certains médicaments peuvent contribuer à la constipation, noter les médicaments et le médecin pourra procéder à la réévaluation.
4. Noter quotidiennement les mouvements intestinaux.
5. Surveiller l'apparition de symptômes associés à une obstruction : anorexie, vomissement, coliques abdominales, distension abdominale, absence de selles, douleur rectale spasmodique, insomnie, suintement de selles diarrhéiques, etc. Si l'usager n'a ni gaz, ni selles depuis plus de 4 jours et/ou qu'il présente des nausées et vomit facilement, il faut soupçonner une occlusion intestinale et aviser le médecin.
6. Encourager, dans la mesure du possible, la consommation de liquide, de jus, de fibres, de fruits dans la diète.
7. Examen clinique : toucher rectal fait par l'infirmière.





Conseils de prévention de la constipation

CONSEILS GÉNÉRAUX À L'USAGER :

- Prendre beaucoup de liquide (au moins 6 à 8 verres de 8 onces par jour) sauf si contre-indication médicale. Boire de l'eau en grande quantité. Les tisanes, les bouillons, les boissons chaudes à base de céréales sont aussi des choix judicieux.
- Si possible, faire un peu d'exercice physique ou prendre une marche pour stimuler le fonctionnement intestinal. On peut aussi faire un massage abdominal dans le sens des aiguilles d'une horloge.
- Choisir de préférence des aliments riches en fibres sauf si contre-indication médicale (pains et céréales à grains entiers, fruits et légumes, muffins au son, noix, graines, fèves et pois secs, lentilles, ...).
- Si le bénéficiaire prend régulièrement des laxatifs, poursuivre le traitement.

Autres suggestions :

Prendre :

- céréales Bran Bud, 1 cuillère à thé ou 1 cuillère à soupe
ou son de blé, 1 à 3 cuillères à soupe par jour
à mélanger avec : yogourt
 compote de pommes
 pain de viande
 - des capsules de yogourt : de 6 à 10 capsules
par jour peuvent être aidantes
 - tisane de séné
 - un verre de jus de pruneaux de 4 à 6 onces le matin (pris avec une tasse d'eau chaude peut être plus efficace).
- on peut s'en procurer dans les
magasins d'aliments naturels
ou aliments en vrac

Ajouter :

- graines de lin (environ 1 cuillère à thé) à votre préparation de gruau
- ou 1 cuillère à soupe à la préparation de muffins

Augmenter graduellement le nombre quotidien de portions, soit :

- de superflax
 - d'émollient fécal
- } recettes ci-jointes

Si pas de selles après 3 jours, mettre un suppositoire de glycérine et un suppositoire de Dulcolax, et en parler à votre infirmière ou à votre médecin.





SUPERFLAX

- 2½ tasses de dattes (1 livre / 454 grammes)
- 4 tasses de jus de pruneaux
- 2½ tasses de figues (¾ livre / 350 grammes)
- 4 tasses de raisins (1½ livre / 675 grammes)
- 2½ tasses de pruneaux dénoyautés (1 livre / 454 grammes)

- Mijoter les dattes et le jus de pruneaux pour obtenir une texture très molle.
- Mettre le mélange obtenu dans un hachoir ou un robot culinaire et ajouter les raisins, les pruneaux et les figues.
- Mélanger jusqu'à ce que le mélange devienne une pâte lisse.

Se conserve dans un contenant hermétique au réfrigérateur jusqu'à un mois.

Rendement = 8 tasses
Portion = 2 à 3 cuillères à thé
2 cuillères à table = 1 équivalent de fruit

ÉMOLLIENT FÉCAL

- 1 tasse de pruneaux dénoyautés
- 1 tasse de raisins de Corinthe

Faire tremper dans l'eau froide durant 8 heures.
Puis, passer le tout (eau et fruits) au Blender.

- * Prendre 1 cuillère à soupe du mélange 3 fois par jour **après repas**.
(Diminuer à deux ou une fois par jour, selon les selles).

NB : Garder le mélange au réfrigérateur.

Ne pas oublier ... Y aller graduellement et prendre beaucoup de liquide.





Guide pharmacologique de prévention et traitement de la constipation

- Si la santé du patient le permet, et à moins de contre-indication médicale, introduction de jus de pruneaux et de fibres. Bien respecter l'horaire biologique du patient. Favoriser l'intimité. Augmenter l'hydratation selon tolérance.
- À débiter en même temps que les opioïdes après avoir vérifié que le patient ne présente pas déjà une constipation établie – s'assurer que le patient a fait au moins une selle dans les 3 derniers jours. S'il y a lieu, appliquer l'algorithme de la constipation établie et du fécalome.
- Le but est d'avoir une selle tous les 2 à 3 jours.
- Si douleur abdominale aiguë ou vomissements inhabituels, contacter le médecin.
- Si diarrhée ou fréquence accrue des selles, suspendre les médicaments pendant 24 heures, puis reprendre ensuite l'étape en cours.
- Les médicaments suivants sont inscrits à la liste des médicaments de la RAMQ à titre de médicaments d'exception :
 - Docusate de calcium
 - Sennosides et Bisacodyl
 - Lactulose
 - Suppositoires de glycérine
 - Lavement *Microlax*
 - Lavements *Fleet* adulte et huileux
 Motif d'exception : traitement de la constipation liée à une condition médicale.
- Les médicaments *Fleet Phosphosoda oral* et PEG avec électrolytes ne sont pas couverts par la RAMQ même à titre de médicaments d'exception.

Étape 1

Docusate de calcium 240mg 1 caps. DIE
Sennosides 8,6 mg 1 co. BID

Étape 2

Docusate de calcium 240mg 1 caps. BID
Sennosides 12mg 1 co. BID

Étape 3

Docusate de calcium 240mg 1 caps. BID
Sennosides 12mg 1 co. BID
Lactulose 15ml BID

Étape 4

Docusate de calcium 240mg 1 caps. BID
Sennosides 12mg 2 co. BID
Lactulose 30 à 60ml BID

Les choix

- Les étapes 1, 2, 3, 4 présentent une combinaison de médicaments ainsi qu'une progression des doses de façon à mieux visualiser l'application du guide pharmacologique.
- Les PRN peuvent être administrés soit par voie rectale ou orale selon la préférence du patient ou selon la condition clinique.

Le guide

- À la 3^e journée sans selles, donner un PRN et poursuivre l'étape en cours.
Si nécessité de un PRN par semaine (ou aucun PRN) :
⇒ poursuivre l'étape en cours.
Si nécessité de deux PRN par semaine (ou plus) :
⇒ passer à l'étape suivante.
- À la 3^e journée, si le(s) PRN n'est pas efficace, appliquer alors l'algorithme de la constipation établie et fécalome et poursuivre par la suite avec l'étape suivante du guide pharmacologique.
- Si l'étape en cours est efficace (aucun besoin de PRN) mais que le patient présente un effort constant à la défécation ou que les selles demeurent dures, passer alors à l'étape suivante du guide pharmacologique.

LES PRN

PRN rectal (produits couverts par la RAMQ)

PRN rectal ⇒ un ou plusieurs produits peuvent être administrés. Suppositoire de glycérine adulte + suppositoire bisacodyl 10mg. Introduire le suppositoire de glycérine en premier. **Ne pas lubrifier**, on peut le mouiller 30 secondes. Ne pas piquer dans les selles.

Le suppositoire de bisacodyl doit être en contact avec la muqueuse rectale.

et / ou

Lavement MICROLAX

et / ou

Lavement FLEET (si échec au Microlax)



Si échec, débiter l'algorithme de la constipation établie.

PRN oral (produits non couverts par la RAMQ)

PRN oral ⇒ choisir l'un ou l'autre des produits recommandés.

FLEET PHOSPHOSODA oral

20 à 25ml (1/2 bouteille) à diluer dans 1/2 verre d'eau ou jus sucré et faire suivre de 250ml d'eau.

Peut être répété 3 heures plus tard si besoin.

OU

PEG avec électrolytes (Colyte, Peglyte, Golytely, Lyte prep...) 240ml aux 10 à 15 minutes jusqu'à efficacité pour un maximum de 2 litres. Prendre froid pour masquer le mauvais goût et boire rapidement chaque portion.



Si échec, débiter l'algorithme de la constipation établie.



**GUIDE PHARMACOLOGIQUE DE PRÉVENTION
ET TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION**

**ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES ADAPTÉES AU GUIDE
DE PRÉVENTION ET TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION ÉTABLIE**

Nom du patient : _____

MÉDICAMENTS RÉGULIERS

DOCUSATE DE CALCIUM 240mg

Suivre les étapes du Guide :

- 1 caps. DIE, étape 1, si nécessaire augmenter à
- 1 caps. BID, étape 2, 3 ou 4.

SENNOSIDES

**8,6mg/co
12mg/co**

Suivre les étapes du Guide :

- 8,6mg (1 co.) BID, étape 1, si nécessaire augmenter à
- 12mg (1 co.) BID, étape 2 ou 3, si nécessaire augmenter à
- 24mg (2 co.) BID, étape 4.

LACTULOSE

_____ ml

Suivre les étapes 3 ou 4 du Guide :

- 15ml BID, étape 3, si nécessaire augmenter à
- 30ml BID, étape 4, si nécessaire augmenter à
- 60ml BID, étape 4.

MÉDICAMENTS PRN

✓ **Cochez un ou plusieurs choix**

☐ **suppositoire de GLYCÉRINE ADULTE**

☐ **suppositoire de BISACODYL 10mg**

☐ **lavement MICROLAX 5ml**

☐ **lavement FLEET ADULTE 130ml**

☐ **FLEET PHOSPHOSODA ORAL 45ml**

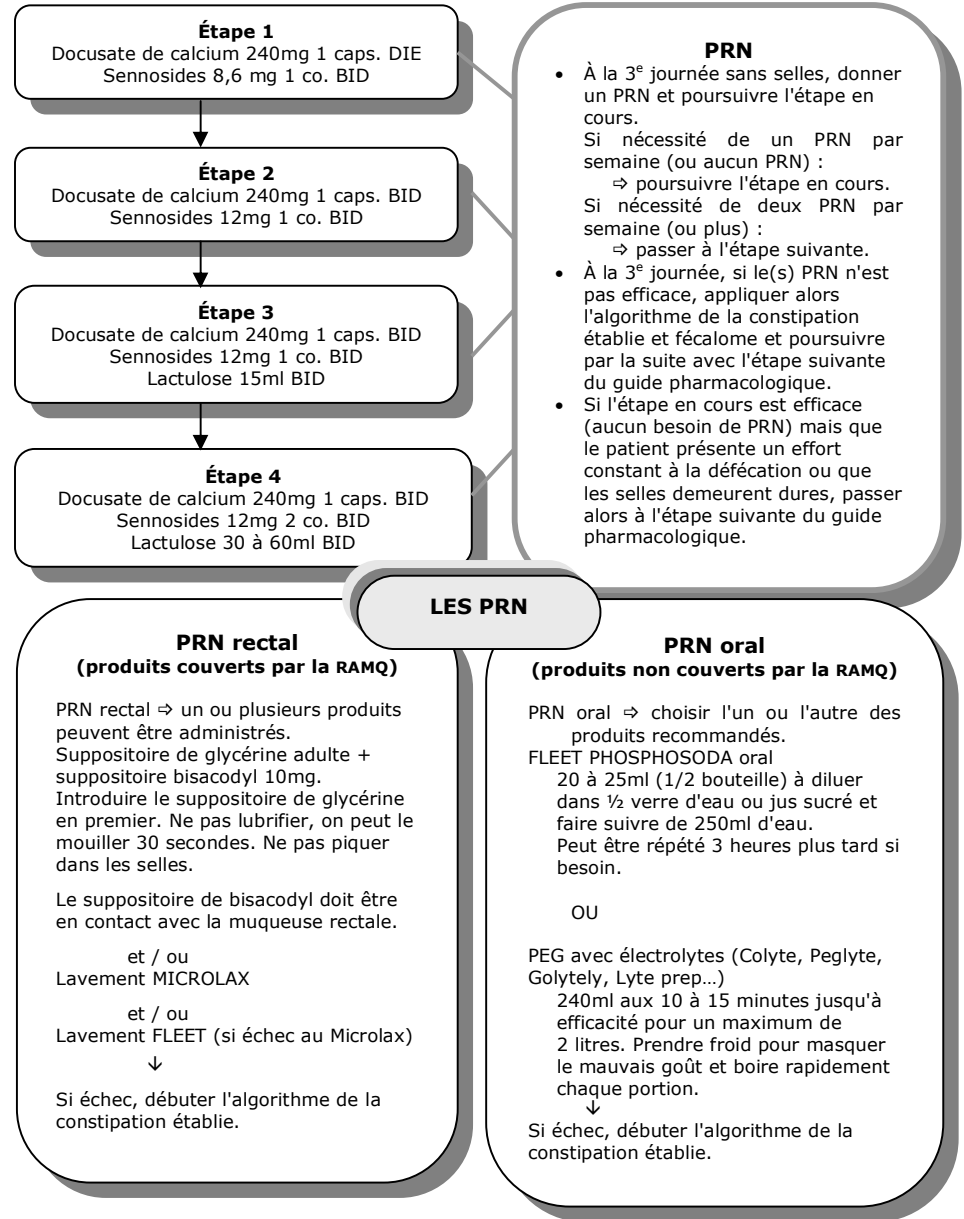
☐ **PEG avec électrolytes (Colyte, Peglyte, Golytely)**

☐ **lavement FLEET HUILEUX 130ml**

☐ **XYLOCAÏNE 2% gelée avec embout 30 ml**

Ren.: _____ Date : _____

Médecin : _____



PROTOCOLE D'URGENCE ORDONNANCE MÉDICALE

Dossier

Nom et prénom à la naissance

a m j

Nom usuel

Date de naissance

La principale indication du protocole d'urgence demeure la détresse respiratoire.

Vu les stabilités variables en seringue, il sera plus simple **de préparer le protocole en trois seringues** différentes avec enseignement approprié au personnel et/ou à la famille.

- 1) Seringue #1 : une benzodiazépine (généralement le midazolam)
- 2) Seringue #2 : un opioïde (morphine, hydromorphone)
- 3) Seringue #3 : un anticholinergique (bromhydrate d'hyoscine (scopolamine), glycopyrrolate)

En CHSGS, la préparation en deux seringues est d'utilisation simple et rapide; on gardera l'anticholinergique seul dans la 3^e seringue.

**Pré-requis
obligatoires :**

- ☐ **Pas de réanimation cardio-respiratoire**
- ☐ **Patient en soins de confort :** ☐ soins de niveau terminal
☐ intervention minimale guidée par le confort de la personne
ou ☐ tel que discuté par le médecin

ORDONNANCE MÉDICALE

- Indication :** ☐ Si détresse respiratoire aiguë
☐ Si hémorragie sévère

Médicament	Dose	Commentaires	Fréquence
Midazolam (Versed)	☐ 2,5 mg s.c. ☐ 5 mg s.c. ☐ 10 mg s.c. ☐ ___ mg s.c.	⇒ Patient âgé ou débilité ⇒ Benzo. PRN – ou die à bid régulier ⇒ Benzo. > tid-qid régulier ⇒ Si Benzo. hautes doses ou tolérance	NR Rép. : _____ _____
Morphine OU	☐ ___ mg s.c.	Généralement, on utilise de 50 à 100% de la dose reçue régulièrement aux 4 heures Dose minimale recommandée 2,5 mg s.c. Dose maximale recommandée 50 mg s.c.	NR Rép. : _____ _____
Hydromorphone (Dilaudid)	☐ ___ mg s.c.	Généralement, on utilise de 50 à 100% de la dose reçue régulièrement aux 4 heures Dose minimale recommandée 0,5 mg s.c. Dose maximale recommandée 10 mg s.c.	NR Rép. : _____ _____
Bromhydrate de hyoscine (Scopolamine) OU	☐ 0,4 mg s.c. ☐ 0,6 mg s.c. ☐ ___ mg s.c.	Dose maximale 0,8mg aux 2 heures	NR Rép. : _____ _____
Glycopyrrolate (Robinul)	☐ 0,2 mg s.c. ☐ 0,4 mg s.c. ☐ 0,6 mg s.c.	⇒ 40 – 80 kg, patient n'en reçoit pas ⇒ > 80 kg ou patient en reçoit régulièrement ⇒ Patient en reçoit régulièrement + probl. de sécrétions bronchiques ++ et C.I. au bromhydrate d'hyoscine	NR Rép. : _____ _____

N.B. : Aviser le médecin de garde immédiatement après la 1^{ère} administration ou la Centrale 24/7.

N.B. : La répétition de chaque médication plus d'une fois sans avis médical est déconseillée.

Date

Signature du médecin

No pratique

Nom du médecin



Protocole d'urgence : feuille de route

Pré-requis : On pourra s'assurer de ces pré-requis dès que la prescription est relevée et que la médication est disponible.

- ☐ Ordonnance de non réanimation au dossier ou au chevet du patient.
- ☐ Niveau de soins et objectifs du protocole expliqués à la famille.
- ☐ Utilisation du protocole expliquée à la famille (lorsque le patient est à domicile).
- ☐ Soins post protocole enseignés à la famille (lorsque le patient est à domicile).
- ☐ Infirmière et médecin de garde disponibles en tout temps.

Soins post protocole

4. Si le patient revient à son état antérieur :
 - ☐ Réévaluer la composition du protocole.
 - ☐ À domicile, s'assurer qu'il y a un autre protocole de prêt en cas de récurrence de détresse.
 - ☐ Réviser la médication usuelle afin de prévenir un nouvel épisode de détresse.
 - ☐ Supporter la famille dans l'épreuve et s'assurer, si le patient est à domicile, que la famille désire poursuivre les soins à domicile.
5. Si le patient demeure inconscient et qu'il y a évolution vers le décès :
 - ☐ Si le patient est à domicile, s'assurer que la famille a tout le support nécessaire si elle désire poursuivre les soins à domicile.
 - ☐ Réévaluer la médication avec le médecin de garde afin de prévoir le sous-cutané.
 - ☐ Réévaluer la composition du protocole d'urgence.
 - ☐ À domicile, s'assurer qu'il y a un autre protocole de prêt en cas de récurrence de détresse.
 - ☐ Débuter la mobilisation régulière du patient chaque 2 heures.
 - ☐ Accentuer les soins de bouche et les soins oculaires aux 2 heures.
 - ☐ Surveiller la rétention urinaire.
 - ☐ Revoir les mesures environnementales afin que le patient et sa famille se retrouvent dans une atmosphère calme et sécurisante.



FORMULAIRE DE NON-RÉANIMATION SOINS PALLIATIFS ¹

Directives au personnel soignant

BUTS :

Humaniser les procédures légales liées au décès à domicile des personnes en phase pré-terminale ou terminale d'un cancer.

- Uniformiser et objectiver la décision prise concernant la non-réanimation cardio-respiratoire dans un contexte de fin de vie à domicile afin d'orienter l'agir des divers intervenants susceptibles d'intervenir à ce moment.

OBJECTIFS :

Respecter le vœu exprimé par la personne gravement malade et ses proches de ne pas entreprendre de manœuvres de réanimation cardio-respiratoire advenant des complications de son état de santé dans le cadre du processus terminal de sa maladie.

- Dégager légalement le personnel soignant, médical et les ambulanciers de l'obligation de tenter une réanimation advenant des complications dans l'état de santé d'une personne en fin de vie et dont le décès se produit à domicile ou lors d'un transfert vers l'hôpital si la condition de la personne l'exige.

PROCÉDURE :

- L'utilisation de ce formulaire s'inscrit dans le cadre d'un accompagnement de fin de vie.

Ainsi, dans un premier temps, les intervenants de concert avec le médecin évaluent les souhaits, les attentes et la compréhension de la personne malade et de ses proches concernant les soins de confort appropriés à la condition terminale de la maladie; suite à cette discussion, le médecin offre de compléter le formulaire de non-réanimation si tel est le souhait des personnes.

Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier (article 15 du code civil du Québec).

Il est important de rappeler à la personne malade et à ses proches que tous les soins nécessaires seront maintenus pour le confort et le soulagement de la douleur ou autres symptômes.

- Le médecin traitant demeure l'intervenant responsable de signer le formulaire. Il doit s'assurer que le formulaire complété est inséré dans l'outil de communication des intervenants au domicile. Tout intervenant impliqué dans l'épisode de soins doit être au courant de l'existence de ce formulaire.
- Il est important que l'aidant naturel soit informé du processus de la prise de contact avec les intervenants au moment du décès (infirmière et médecin assurent le suivi clinique).
- Il est utile que l'infirmière rappelle à l'aidant naturel de remettre ce formulaire aux ambulanciers si un transfert vers l'hôpital s'avère nécessaire

¹ Tiré du Guide en soins palliatifs à l'intention des intervenants cliniques, Septembre 2002, p.73. Association d'Entraide Ville-Marie, établissements de santé de la région de Laval.

**NIVEAU DE SOINS
ET PRESCRIPTION DE NON-RÉANIMATION**

Dossier

Nom et prénom à la naissance

a m j

Nom usuel

Date de naissance

NIVEAU DE SOINS		
I	Soins de niveau terminal (soulagement de la douleur et support)	☐
II	Intervention minimale guidée par le confort de la personne 1. Les interventions pour identifier ou corriger la cause d'une détérioration ne doivent pas entraîner une douleur ou un inconfort plus grand sauf si elles s'avèrent être le seul moyen efficace de soulager la personne (ex.: immobilisation d'une fracture)	☐
III	Correction de toute détérioration par tout moyen proportionné 1. Mesures diagnostiques courantes (ex.: radiologie, prises de sang) 2. Mesures thérapeutiques médicales usuelles (ex.: antibiothérapie, solutés) 3. Mesures thérapeutiques chirurgicales usuelles	☐
IV	Maintien de toute fonction altérée par tout moyen possible 1. Investigations et traitements maximaux y compris soins intensifs	☐

Signature du médecin : _____

No de permis : _____

Nom en lettres moulées : _____

Date : _____

PRESCRIPTION DE NON-RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

Une évaluation de la condition de ☐ M. ou ☐ Mme _____ a été complétée par le médecin compte tenu de l'état terminal de sa maladie.

Cette prescription a été discutée avec ☐ l'utilisateur ☐ son conjoint ☐ ou autre _____ et il a été entendu et accepté qu'en cas de complications de l'état de santé de l'utilisateur **aucune manœuvre de réanimation cardio-respiratoire et/ou d'intubation ne doit être débutée pour prolonger sa vie.**

Cependant, tous les soins palliatifs nécessaires seront dispensés pour garder la personne confortable et non souffrante.

Commentaires : _____

Signature du médecin : _____

No de permis : _____

Nom en lettres moulées : _____

Date : _____

Signature de l'utilisateur ou répondant : _____
(facultatif)

**NIVEAU DE SOINS
ET PRESCRIPTION DE NON-RÉANIMATION**

**Original au domicile
Copie jaune au CLSC
Copie rose au CH si besoin**